BUKU SAKU

DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA

RUJUKAN RINGKAS
dari
PPDGJ – III
dan
DSM-5

Dr. dr.Rusdi Maslim SpKJ,MKes.

Perpustakaan Nasional : Katalog Dalam Terbitan

Maslim, Rusdi
Diagnosis Gangguan Jiwa, Rujukan Ringkas PPDGJ-III dan DSM-5
oleh Dr Rusdi Maslim SpKJ,MKes.
Cetakan 2 - Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK Unika Atma Jaya, Jakarta 2013
ii: 335 hlm; 1 I x 21 cm.

ISBN 979-3543-00-0

1. Diagnosis Gangguan Jiwa 2. PPDGJ - III 3 DSM-5

Hak pengarang dan penerbit dilindungi undang-undang
Cetakan kedua : 2013

Pengarang : Dr. Rusdi Maslim SpKJ,MKes.
Penerbit : Bagian Ilmu Kedokteran Jiwa FK-Unika Atmajaya, Jakarta
Kompleks RS Atma Jaya, Gedung Damian, Lantai V - 506
Jalan Pluit Raya 2, Jakarta 14440. Telpon 021-6693168.
Dicetak oleh : PT Nuh Jaya - Jakarta

KATA PENGANTAR

Setelah mengalami banyak kesulitan dalam menggunakan Buku PPDGJ-III yang lengkap untuk *bimbingan klinik bagi mahasiswa kedokteran* yang sedang menjalankan kepaniteraan klinik di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran, timbul pemikiran untuk membuat sebuah Buku Saku yang merupakan ringkasan dari PPDGJ-III, baik dari segi konsep-konsep dasarnya maupun perbedaan-perbedaan dengan PPDGJ sebelumnya secara diagramatik, serta pedoman diagnostik yang langsung dibutuhkan untuk membuat diagnosis gangguan jiwa.

Pertimbangan tersebut juga memperhatikan faktor waktu yang tersedia bagi mahasiswa yang hanya sekitar 5 minggu menjalankan kepaniteraan klinik di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran, sehingga sangat dibutuhkan sebuah Buku Saku yang dalam waktu singkat sudah dapat memberikan pemahaman yang sistematik perihal Diagnosis Gangguan Jiwa.

Disamping itu tentunya Buku Saku ini juga sangat berguna bagi para *praktisi kedokteran klinis*, dan *pencatat kode diagnosis*, oleh karena langsung dapat mencari dalam lembaran lebar yang berisi semua diagnosis gangguan jiwa menurut PPDGJ III, dan setelah itu dengan cepat dapat melihat langsung butir-butir apa yang menjadi pedoman diagnostik-nya.

Semoga buku saku ini benar-benar bermanfaat bagi semua pihak yang membutuhkan. Penulis dengan senang hati menerima kritik-kritik dan saran-saran yang membangun demi perbaikan kekurangan atau kekeliruan yang mungkin ada tanpa disadari oleh penulis.

Atas perhatian dan partisipasi semua kalangan yang membantu terlaksananya penerbitan buku ini, penulis menghaturkan banyak terima kasih.

Jakarta, Oktober 2013

Dr. Rusdi Maslim

DAFTAR ISI

Halaman

PENDAHULUAN 1

PERKEMBANGAN PPDGJ 2

PERBANDINGAN PENGGOLONGAN DIAGNOSIS 3

STRUKTUR KLASIFIKASI PPDGJ-III 4

KONSEP-KONSEP DASAR 5

1. Konsep Gangguan Jiwa 7
2. Penggolongan Gangguan Jiwa 8
3. Proses Diagnosis Gangguan Jiwa 9
4. Urutan Hierarki Blok Diagnosis 10
5. Diagnosis Multiaksial 11

PEDOMAN DIAGNOSTIK dari PPDGJ III 17

1. F00 - F09 : Gangguan Mental Organik (termasuk Gangguan Mental Simtomatik) 20
2. F10 - F19 : Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Zat Psikoaktif 34
3. F20 - F29 : Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham 44
4. F30 - F39 : Gangguan Suasana Perasaan [Mood] (Gangguan Afektif) 58
5. F40 - F48 : Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres 70
6. F50 - F59 : Sindrom Perilaku Yang Berhubungan Dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik 88
7. F60 - F69 : Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa 100
8. F70 - F79 : Retardasi Mental 118
9. F80 - F89 : Gangguan Perkembangan Psikologis 122
10. F90 - F98 : Gangguan Perilaku dan Emosional Dengan Onset Biasanya Pada Masa Kanak dan Remaja 134

SILSILAH PENEGAKAN DIAGNOSIS BANDING 153

TABEL KONVERSI PPDGJ-I-II-III 167

DAFTAR RUJUKAN 193

DAFTAR KATEGORI DIAGNOSIS 196

PENDAHULUAN

- Buku saku ini merupakan ringkasan/pemadatan dari :

  PPDGJ-III = Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia, edisi ke III, 1993. (dilengkapi dengan Suplemen PPDGJ-III, 1995). Yang diterbitkan oleh Direktorat Kesehatan Jiwa, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan RI.

  Isinya meliputi : perkembangan PPDGJ, perbandingan penggolongan diagnosis, struktur klasifikasi PPDGJ-III, beberapa konsep dasar yang berkaitan dengan diagnosis gangguan jiwa dan penggolongannya, kategori diagnosis dan diagnosis gangguan jiwa dengan mengacu pada pedoman diagnostik-nya, serta dilampirkan pula silsilah penegakan diagnosis banding dan tabel konversi PPDGJ-I-II-III.

  Kesemuanya merupakan pengetahuan yang sangat mendasar untuk dapat memahami dan menerapkan PPDGJ-III secara efektif dan efisien.

- Tujuan dari adanya Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia (PPDGJ) adalah :

  1. Bidang pelayanan kesehatan (service and clinical use).
     - kodifikasi penyakit/gangguan untuk statistik kesehatan
     - keseragaman diagnosis klinis untuk tatalaksana terapi

  2. Bidang pendidikan kedokteran (educational use).
     - kesamaan konsep diagnosis gangguan jiwa untuk komunikasi akademik.

  3. Bidang penelitian kesehatan (research use).
     - memberikan batasan dan kriteria operasional diagnosis gangguan jiwa, yang memungkinan perbandingan data dan analisis ilmiah (diagnostic criteria for reseaech)

- Buku saku ini tidak bermaksud menggantikan penggunaan PPDGJ- III yang asli, hanya untuk membantu dalam kepentingan praktis (sebagai "***quick reference***"), sehingga penggunaan PPDGJ-III menjadi lebih "user friendly" bagi para klinikus, petugas catatan medik (coder or clerical worker), dan mahasiswa kedokteran yang sedang menjalankan kepaniteraan klinik di Bagian Psikiatri Fakultas Kedokteran.

- Penggunaan PPDGJ-III untuk tujuan non-medik atau non-klinis, seperti penentuan tujuan hukum ataupun hak atas pembayaran pihak ketiga, harus ditelaah secara kritis bagi masing-masing kasus di dalam konteks institusional yang tepat (hal ini berkaitan dengan kemampuan bertanggung jawab, penentuan taraf kecacatan dan kompetensi, bukan hanya diagnosis klinis).

PERKEMBANGAN PPDGJ

PPDGJ = Pedoman Penggolongan dan Diagnosis Gangguan Jiwa di Indonesia.

PPDGJ - I :

- Edisi pertama diterbitkan pada tahun 1973.
- Nomor kode dan diagnosis gangguan jiwa merujuk keICD-8 (the International Classification of Diseases, Eight Edition, 1965) yang diterbitkan oleh WHO, yaitu Chapter V, nomor 290 sampai dengan 315 (***sistem numerik***).
- Ada penambahan nomor kode dan diagnosis :
  316 = Kegagalan penyesuaian sosial tanpa gangguan psikiatrik yang nyata.
  317 = Kondisi (Keadaan) yang terikat pada kebudayaan setempat (culture-bound phenomena).
- Diagnosis ***mono-aksial.***

PPDGJ - II :

- Edisi kedua diterbitkan pada tahun 1983.
- Nomor kode dan diagnosis gangguan jiwa merujuk ke ICD-9 (the International Classification of Diseases, Ninth Edition, 1977) yang diterbitkan oleh WHO, yaitu Chapter V, nomor 290 sampai dengan 319 (***sistem numerik***).
- Konsep klasifikasi dengan hierarki klas diagnosis dan memakai "***kriteria diagnostik***" merujuk ke DSM- III (the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, 1980) yang diterbitkan oleh APA (American Psychiatric Association) tahun 1980.
- Ada penambahan nomor kode dan diagnosis :
  Kode V = Kondisi yang tidak tercantum sebagai gangguan jiwa, tetapi menjadi pusat perhatian atau terapi.
  Klas Diagnosis "Fenomena dan Sindrom yang Berkaitan dengan Faktor Sosial Budaya di Indonesia"
- Diagnosis ***multi-aksial*** menurut DSM-III.

PPDGJ - III :

- Edisi ketiga diterbitkan pada tahun 1993.
- Nomor kode dan diagnosis gangguan jiwa merujuk ke ICD-10 (the International Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Edition , 1992) yang diterbitkan oleh WHO, yaitu Chapter on Mental and Behavioural Disorders, Chapter F, nomor F00 sampai dengan F99 (***sistem alfa numerik***)
- Konsep klasifkasi dengan hierarki blok diagnosis, dan memakai "***pedoman diagnostik***" merujuk ke ICD-10.
- Sindrom Terkait Budaya terintegrasi ke dalam berbagai diagnosis yang ada, sesuai dengan tampilan gejala klinis-nya, misalnya : Amok = F68.8.
- Diagnosis ***multi-aksial*** menurut DSM-IV (APA,1994).

PERBANDINGAN PENGGOLONGAN DIAGNOSIS

NO.	PPDGJ-I	PPDGJ-II	PPDGJ-III
I	290 - 294 PSIKOSA ORGANIK	290 - 294 Gg. MENTAL ORGANIK (PSIKOTIK-NON PSIKOTIK)	F00 - F09 Gg. MENTAL ORGANIK (TERMASUK Gg. MENTAL SIMTOMATIK) F10 - F19 Gg. MENTAL dan PERILAKU AKIBAT ZAT PSIKOAKTIF.
II	295 - 299 PSIKOSA FUNGSIONAL	295 - 299 Gg. PSIKOTIK LAINNYA.	F20 - F29 SKIZOFRENIA, Gg. SKIZOTIPAL dan Gg. WAHAM. F30 - F39 Gg. SUASANA PERASAAN ("MOOD" / AFEKTIF).
III	300 - 309 NEUROSA, GG. KEPRIBADIAN, Gg. JIWA NON PSIKOSA 317 KONDISI YANG TERKAIT PADA KEBUDAYAAN SETEMPAT	300 - 316 Gg. NEUROTIK, Gg. KEPRIBADIAN dan GG. MENTAL NON PSIKOTIK LAINNYA 307.91 - 307.92 PENOMENA dan SINDROM YANG BERKAITAN DENGAN FAKTOR SOSIAL BUDAYA DI INDONESIA	F40 - F48 Gg. NEUROTIK Gg. SOMATOFORM dan Gg. TERKAIT STRES F50 - F59 SINDROM PERILAKU BERHUBUNGAN DENGAN Gg. FISIOLOGIS dan FAKTOR FISIK. F60 - F69 Gg. KEPRIBADIAN dan PERILAKU MASA DEWASA
IV	310 - 315 RETARDASI MENTAL	317 - 319 RETARDASI MENTAL	F70 - F79 RETARDASI MENTAL
V	308 Gg. TINGKAH LAKU MASA ANAK dan REMAJA	307, 309, 312, 313, 314, 315, DDL. Gg. YANG BIASANYA MULAI NAMPAK DALAM MASA BAYI, KANAK, ATAU REMAJA	F80 - F89 Gg. PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS F90 - F98 Gg. PERILAKU dan EMOSIONAL DENGAN ONSET BIASANYA PADA MASA KANAK dan REMAJA.
KODE V	316 DAN 138 KEGAGALAN PENYESUAIAN SOSIAL TANPA Gg. PSIKIATRIK YANG NYATA.	KONDISI YANG TIDAK TERCANTUM SEBAGAI GANGGUAN JIWA, TETAPI MENJADI PUSAT PERHATIAN ATAU TERAPI.	KONDISI LAIN YANG MENJADI FOKUS PERHATIAN KLINIS.

STRUKTUR KLASIFIKASI PPDGJ-III

Gangguan mental organik	Gangguan organik dan simtomatik	**F0**	Gangguan Mental Organik, termasuk Gangguan Mental Simtomatik	**F00-F03** Demensia **F04-F07,F09** Sindrom Amnesik & Gangguan Mental Organik.
	Gangguan akibat alkohol dan obat/ zat	**F1**	Gangguan Mental dan Perilaku Akibat Penggunaan Alkohol dan Zat Psikoaktif Lainnya.	**F10** Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Alkohol. **F11,F12,F14** Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Opioida/Kanabinoida/Kokain **F13,F15,F16** Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Sedativa atau Hipnotika/Stimulansia lain/ Halusinogenika **F17,F18,F19** Gangguan Mental & Perilaku Akibat Penggunaan Tembakau/Pelarut yang mudah Menguap/Zat Multipel & Zat Psikoaktif Lainnya.
Gangguan mental psikotik	Skizofrenia dan gangguan yang terkait	**F2**	Skizofrenia, Gangguan Skizotipal dan Gangguan Waham	**F20,F21,F23** Skizofrenia, Gangguan Skizotipal, Psikotik Akut dan Sementara. **F22,F24** Gangguan Waham Menetap, Gangguan Waham Terinduksi. **F25** Gangguan Skizoafektif **F28,F29** Gangguan Psikoaktif Non-organik Lainnya, atau YTT
	Gangguan afektif	**F3**	Gangguan Suasana Perasaan (Mood [Afektif])	**F30,F31** Episode Manik, Gangguan Afektif Bipolar **F32-F39** Episode Depresif, Gangguan Depresit Berulang, Gangguan Suasana Perasaan (Mood/Afektif) Menetap/Lainnya/YTT
Gangguan neurotik dan gangguan kepribadian	Gangguan neurotik	**F4**	Gangguan Neurotik, Gangguan Somatoform dan Gangguan Terkait Stres	**F40,F41** Gangguan Anxietas Fobik atau Lainnya **F42** Gangguan Obsesif-Kompulsif **F43,F45,F48** Reaksi Terhadap Stres Berat dan Gangguan Penyesuaian, Gangguan Somatoform, Gangguan Neurotik Lainnya **F44** Gangguan Disosiatif (Konversi)
	Gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa	**F5**	Sindrom Perilaku yang Berhubungan dengan Gangguan Fisiologis dan Faktor Fisik	**F50-F55,F59** Gangguan Makan, Gangguan Tidur, Disfungsi Seksual atau Gangguan Perilaku Lainnya.
		F6	Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa	**F60-F69** Gangguan Kepribadian, Gangguan Kebiasaan & Impuls, Gangguan Identitas atau Preferensi Seksual
Gangguan masa kanak, remaja dan perkembangan	Returdasi mental	**F7**	Retardasi Mental	**F70-F79** Retardasi Mental
	Gangguan masa kanak, remaja & perkembangan	**F8**	Gangguan Perkembangan Psikologis	**F80-F89** Gangguan Perkembangan Psikologis
		F9	Gangguan Perilaku dan Emosional dengan Onset Biasanya Pada Masa Kanak dan Remaja.	**F90-F98** Gangguan Hiperkinetik, Gangguan Tingkah Laku, Gangguan Emosional atau Fungsi Sosial Khas, Gangguan "Tic" atau Gangguan Perilaku & Emosional Lainnya.

KONSEP-KONSEP DASAR

KONSEP GANGGUAN JIWA

- Istilah yang digunakan dalam PPDGJ adalah ***Gangguan Jiwa*** atau ***Gangguan Mental*** (mental disorder), tidak mengenal istilah "penyakit jiwa" (mental disease/mental illness).

- Konsep Gangguan Jiwa dari PPDGJ II yang merujuk ke DSM-III:

  Sindrom atau pola perilaku, atau psikologik seseorang, yang secara klinik cukup bermakna, dan yang secara khas berkaitan dengan suatu gejala penderitaan (distress) atau hendaya (impairment/ disability) di dalam satu atau lebih fungsi yang penting dari manusia. Sebagai tambahan, disimpulkan bahwa disfungsi itu adalah disfungsi dalam segi perilaku, psikologik, atau biologik, dan gangguan itu tidak semata-mata terletak di dalam hubungan antara orang itu dengan masyarakat.

- Konsep gangguan jiwa dari DSM-IV (yang merupakan rujukan dari PPDGJ-III) :

  Mental Disorder is conceptualized as clinically significant behavioural or psychological syndrome or pattern that occurs in an individual and that is associated with present distress (eg., a painful symptom) or disability (ie., impairment in one or more important areas of functioning) or with a significant increased risk of suffering death, pain, disability, or an important loss of freedom.

- Konsep "Disability" dari "The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders" :

  Gangguan kinerja (performance) dalam *peran sosial dan pekerjaan* tidak digunakan sebagai komponen esensial untuk diagnosis gangguan jiwa, oleh karena hal ini berkaitan dengan variasi sosial-budaya yang sangat luas.
  Yang diartikan sebagai "Disability" adalah keterbatasan/ kekurangan kemampuan untuk melaksanakan suatu aktivitas pada tingkat *personal*, yaitu melakukan kegiatan hidup sehari-hari yang biasa dan diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup (mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, buang air besar dan kecil)

- Dari konsep tersebut diatas, dapat dirumuskan bahwa di dalam ***Konsep Gangguan Jiwa***, didapatkan ***butir-butir*** :

  1. Adanya ***Gejala Klinis yang bermakna***, berupa :
     - Sindrom atau Pola Perilaku
     - Sindrom atau Pola Psikologik

  2. Gejala klinis tersebut menimbulkan "penderitaan" (***distress***), antara lain dapat berupa: rasa nyeri, tidak nyaman, tidak tenteram, terganggu, disfungsi organ tubuh, dll.

  3. Gejala klinis tersebut menimbulkan "disabilitas" (***disability***) dalam aktivitas kehidupan sehari-hari yang biasa dan diperlukan untuk perawatan diri dan kelangsungan hidup (mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, dll)

PENGGOLONGAN GANGGUAN JIWA

- Pendekatan ateoretik dan deskriptif.

  PPDGJ-III menganut pendekatan ateoretik, yaitu tidak mengacu pada teori tertentu berkenaan dengan etiologik atau proses patofisiologik, kecuali untuk gangguan-ganguan yang sudah jelas dan disepakati penyebabnya, misalnya pada Gangguan Mental Organik, dimana faktor organik merupakan faktor yang penting. Pendekatan ateoretik itu dilaksanakan dengan cara mendeskripsikan (menguraikan dan melukiskan) secara menyeluruh apa manifestasi gangguan jiwa (deskripsi gambaran klinis) dan jarang mengusahakan penjelasan bagaimana timbulnya gangguan itu. Pengelompokan diagnosis gangguan jiwa berdasarkan persamaan dalam gambaran klinisnya.

- PPDGJ-III tidak menganggap bahwa setiap gangguan jiwa adalah suatu kesatuan yang tegas dengan batas-batas yang jelas antara gangguan jiwa tertentu dengan gangguan jiwa lainnya, sebagaimana juga antara adanya gangguan jiwa dan tidak ada gangguan jiwa.

- Suatu anggapan yang salah bahwa penggolongan gangguan jiwa menggolongkan orang-orang. Yang digolongkan adalah ***gangguan-gangguan*** yang diderita oleh seseorang. Sehingga harus dihindarkan pemakaian istilah seperti, "seorang skizofrenik", "seorang neurotik", atau "seorang pecandu". Hendaklah dipakai istilah : seorang dengan skizofrenia, seorang dengan gangguan neurotik, atau seorang dengan ketergantungan zat.

- Anggapan salah lainnya bahwa semua orang yang menderita gangguan jiwa yang sama adalah juga serupa dalam pelbagai hal yang penting.
  Yang benar adalah walaupun seseorang menderita gangguan jiwa yang sama, persamaannya hanyalah terletak pada **ciri-ciri gangguan jiwa** itu, tetapi mereka dapat pula menunjukkan perbedaan dalam banyak hal yang penting yang dapat mempengaruhi terapi dan hasil terapi.

- Dalam PPDGJ-III terdapat ***Kondisi Lain Yang Menjadi Fokus Perhatian Klinis***, yang tidak atau belum digolongkan sebagai gangguan jiwa tetapi menjadi pusat perhatian klinikus atau kalangan yang bekerja di bidang kesehatan jiwa (lihat bab Diagnosis Multiaksial).

- PPDGJ-III mengelompokan diagnosis gangguan jiwa ke dalam **100 Kategori Diagnosis,** mulai dari F00 sampai dengan F98 (lihat "Daftar Kategori Diagnosis").

  F99 = Gangguan Jiwa YTT (Yang Tidak Tergolongkan)
  = untuk mengelompokkan "Gangguan Jiwa Tidak Khas"

PROSES DIAGNOSIS GANGGUAN JIWA

- Proses diagnosis gangguan jiwa mengikuti prosedur klinis yang lazim dilakukan dalam praktek kedokteran klinis, yaitu meliputi langkah-langkah sebagai berikut :

ANAMNESIS:
- Alasan berobat
- Riwayat gangguan sekarang
- Riwayat gangguan dahulu
- Riwayat perkembangan diri
- Latar belakang sosial, keluarga, pendidikan, pekerjaan, perkawinan, dll.

PEMERIKSAAN:
- Fisik-diagnostik
- Status mentalis
- Laboratorium
- Radiologik
- Evaluasi psikologik
- Lain-lain

DIAGNOSIS:
- Aksis I = Klinis
  II = Kepribadian
  III = Kondisi medik
  IV = Psiko-sosial
  V = Taraf fungsi

TERAPI:
- Farmakoterapi
- Psikoterapi
- Terapi sosial
- Terapi okupasional
- Lain-lain

TINDAK-LANJUT:
- Evaluasi Terapi
- Evaluasi Diagnosis
- Lain-lain

- Dengan rumusan matematis, dapat disimpulkan bahwa :

DIAGNOSIS = ANAMNESIS + PEMERIKSAAN
(data subjektif) (data objektif)

URUTAN HIERARKI BLOK DIAGNOSIS

- Pada beberapa jenis gangguan jiwa (misalnya, Gangguan Mental Organik) terdapat pelbagai tanda dan gejala yang sangat luas. Pada beberapa gangguan jiwa lainnya (seperti, Gangguan Cemas) hanya terdapat tanda dan gejala yang sangat terbatas. Atas dasar ini, dilakukan suatu penyusunan urutan blok-blok diagnosis yang berdasarkan suatu ***hierarki***, dimana suatu gangguan yang terdapat dalam urutan hierarki yang lebih tinggi, mungkin mempunyai ciri-ciri dari gangguan yang terletak dalam hierarki lebih rendah, tetapi tidak sebaliknya. Terdapatnya hubungan hierarki ini memungkinkan untuk **penyajian diagnosis banding** dari pelbagai jenis gejala utama.

- Suatu diagnosis atau kategori diagnosis, baru dapat dipastikan setelah kemungkinan kepastian diagnosis/diagnosis banding dalam blok diatasnya dapat ditiadakan secara pasti.

- ***Urutan Hierarki Blok Diagnosis Gangguan Jiwa*** berdasarkan PPDGJ-III :

  I. = Gangguan Mental Organik & Simtomatik **(F00-F09).**
  = Gg.Mental & Perilaku Akibat Zat Psikoaktif **(F10-F19).**
  Ciri khas: etiologi organik/fisik jelas, primer/sekunder.

  II. = Skizofrenia, Gg.Skizotipal & Gg.Waham **(F20-F29).**
  Ciri khas: gejala psikotik, etiologi organik tidak jelas.

  III. = Gangguan Suasana Perasaan [Mood/Afektif] **(F30-F39).**
  Ciri khas: gejala gg.afek (psikotik dan non-psikotik).

  IV. = Gg.Neurotik, Gg.Somatoform & Gg.Stres **(F40-F48).**
  Ciri khas: gejala non-psikotik, etiologi non-organik.

  V. = Sindrom Perilaku Yg Berhub. dgn Gg. Fisiologis & Faktor Fisik **(F50-F59).**
  Ciri khas: gejala disfungsi fisiologis, etiologi non-organik.

  VI. = Gg.Kepribadian & Perilaku Masa Dewasa **(F60-F69).**
  Ciri khas: gejala perilaku, etiologi non-organik.

  VII. = Retardasi Mental **(F70-F79).**
  Ciri khas: gejala perkembangan IQ, onset masa kanak.

  VIII. = Gg.Perkembangan Psikologis **(F80-F89).**
  Ciri khas: gejala perkembangan khusus, onset masa kanak.

  IX. = Gg.Perilaku & Emosional dgn Onset Masa Kanak & Remaja **(F90-F98).**
  Ciri khas: gejala perilaku/emosional, onset masa kanak.

  X. = Kondisi Lain Yg Menjadi Fokus Perhatian Klinis **(Kode Z)**
  Ciri khas : tidak tergolong gangguan jiwa.

DIAGNOSIS MULTIAKSIAL

Diagnosis Multiaksial terdiri dari **5 aksis :**

Aksis	I	:	• Gangguan Klinis • Kondisi Lain Yang Menjadi Fokus Perhatian Klinis
Aksis	II	:	• Gangguan Kepribadian • Retardasi Mental
Aksis	III	:	• Kondisi Medik Umum
Aksis	IV	:	• Masalah Psikososial dan Lingkungan
Aksis	V	:	• Penilaian Fungsi Secara Global

CATATAN :

- Antara Aksis I, II, III tidak selalu harus ada hubungan etiologik atau patogenesis.
- Hubungan antara "Aksis I-II-III" dan "Aksis IV" dapat timbal-balik saling mempengaruhi.

Tujuan dari Diagnosis Multiaksial :

1. Mencakup informasi yang "komprehensif" (Gangguan Jiwa, Kondisi Medik Umum, Masalah Psikososial dan Lingkungan, Taraf Fungsi Secara Global), sehingga dapat membantu dalam :
   - perencanaan terapi
   - meramalkan "outcome" atau prognosis
2. Format yang "mudah" dan "sistematik", sehingga dapat membantu dalam :
   - menata dan meng-komunikasi-kan informasi klinis
   - menangkap kompleksitas situasi klinis
   - menggambarkan heterogenitas individual dengan diagnosis klinis yang sama
3. Memacu penggunaan "model bio-psiko-sosial" dalam klinis, pendidikan, dan penelitian.

AKSIS I

F00-F09	=	GANGGUAN MENTAL ORGANIK (+ SIMTOMATIK)
F10-F19	=	Gg.MENTAL & PERILAKU <=> ZAT PSIKOAKTIF
F20-F29	=	SKIZOFRENIA, Gg.SKIZOTIPAL & Gg. WAHAM
F30-F39	=	GANGGUAN SUASANA PERASAAN (AFEKTIF/MOOD)
F40-F48	=	Gg.NEUROTIK, Gg.SOMATOFORM & Gg. TERKAIT STRES
F50-F59	=	SINDROM PERILAKU <=> Gg.FISIOLOGIS/ FISIK
F62-F68	=	PERUBAHAN KEPRIBADIAN <=> NON-ORGANIK, Gg. IMPULS, Gg. SEKS
F80-F89	=	Gg.PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS
F90-F98	=	Gg.PERILAKU & EMOSIONAL ONSET KANAK-REMAJA
F99	=	GANGGUAN JIWA YTT

KONDISI LAIN YG MENJADI FOKUS PERHATIAN KLINIS (Lihat lampiran 3)

Z 03.2	=	TIDAK ADA DIAGNOSIS AKSIS I
R 69	=	DIAGNOSIS AKSIS I TERTUNDA

AKSIS II

F60	=	GANGGUAN KEPRIBADIAN KHAS
F60.0	=	Gangguan kepribadian paranoid
F60.1	=	Gangguan kepribadian skizoid
F60.2	=	Gangguan kepribadian dissosial
F60.3	=	Gangguan kepribadian emosional tak stabil
F60.4	=	Gangguan kepribadian histrionik
F60.5	=	Gangguan kepribadian anankastik
F60.6	=	Gangguan kepribadian cemas (menghindar)
F60.7	=	Gangguan kepribadian dependen
F60.8	=	Gangguan kepribadian khas lainnya
F60.9	=	Gangguan kepribadian YTT
F61	=	GANGGUAN KEPRIBADIAN CAMPURAN dan LAINNYA
F61.0	=	Gangguan kepribadian campuran
F61.1	=	Perubahan kepribadian yang bermasalah

GAMBARAN KEPRIBADIAN MALADAPTIF (uraikan)
MEKANISME DEFENSI MALADAPTIF (uraikan)

F70-F79	=	RETARDASI MENTAL
Z 03.2	=	TIDAK ADA DIAGNOSIS AKSIS II
R 46.8	=	DIAGNOSIS AKSIS II TERTUNDA

AKSIS III

Bab I	A00-B99	Penyakit infeksi dan parasit tertentu
Bab II	C00-D48	Neoplasma
Bab IV	E00-G90	Penyakit endokrin, nutrisi, & metabolik
Bab VI	G00-G99	Penyakit susunan saraf
Bab VII	H00-H59	Penyakit mata dan adneksa
Bab VIII	H60-H95	Penyakit telinga & proses mastoid
Bab IX	I00-I99	Penyakit sistem sirkulasi
Bab X	J00-J99	Penyakit sistem pernapasan
Bab XI	K00-K93	Penyakit sistem pencernaan
Bab XII	L00-L99	Penyakit kulit & jaringan subkutan
Bab XIII	M00-M99	Peny. sistem muskuloskeletal & jar. ikat
Bab XIV	N00-N99	Peny. sistem genitourinaria
Bab XV	O00-O99	Kehamilan, kelahiran anak & masa nifas
Bab XVII	Q00-Q99	Malformasi kongenital, deformasi, kel. kr
Bab XVIII	R00-R99	Gejala, tanda & temuan klinis-lab. abn
Bab XIX	S00-T98	Cedera, keracunan & akibat kausa ekst.
Bab XX	V01-Y98	Kausa eksternal dr morb. & mortalitas
Bab XXI	Z00-Z99	Faktor => status kes. & pelayanan kes.

AKSIS IV

Masalah dengan "primary support group" (keluarga)
Masalah berkaitan dengan lingkungan sosial
Masalah pendidikan
Masalah pekerjaan
Masalah perumahan
Masalah ekonomi
Masalah akses ke pelayanan kesehatan
Masalah berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal
Masalah psikososial & lingkungan lain

AKSIS V

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING (GAF) SCALE

100 - 91 = gejala tidak ada, berfungsi maksimal, tidak ada masalah yg tak tertanggulangi.
90 - 81 = gejala minimal, berfungsi baik, cukup puas, tidak lebih dari masalah harian yang biasa.
80 - 71 = gejala sementara & dapat diatasi, disabilitas ringan dalam sosial, pekerjaan, sekolah, dll.
70 - 61 =beberapa gejala ringan & menetap, disabilitas ringan dalam fungsi, secara umum masih baik.
60 - 51 = gejala sedang (moderate), disabilitas sedang.
50 - 41 = gejala berat (serious), disabilitas berat
40 - 31 = beberapa disabilitas dalam hubungan dgn realita & komunikasi, disabilitas berat dalam beberapa fungsi
30 - 21 = disabilitas berat dalam komunikasi & daya nilai, tidak mampu berfungsi hampir semua bidang.
20 - 11 =bahaya mencederai diri/orang lain, disabilitas sangat berat dalam komunikasi & mengurus diri.
10 - 01 = seperti diatas --> persisten & lebih serius.
0 = informasi tidak adekuat

LAMPIRAN 1 : Contoh-contoh Pencatatan Diagnosis Multiaksial

1. Aksis I F32.2 Episode depresif berat tanpa gejala psikotik
   F10.1 Penggunaan alkohol yang merugikan (harmful)

   Aksis II F60.7 Gangguan kepribadian dependen
   Sering menggunakan mekanisme defensi menolak (denial)

   Aksis III Tidak ada (none)

   Aksis IV Ancaman kehilangan pekerjaan

   Aksis V GAF = 53 (mutakhir)

2. Aksis I F34.1 Distimia
   F81.0 Gangguan membaca khas

   Aksis II Z03.2 tidak ada diagnosis

   Aksis III H90.1 Otitis media, berulang

   Aksis IV Korban penelantaran anak

   Aksis V GAF = 53 (mutakhir)

3. Aksis I F38.0 Gangguan Afektif Tunggal (Depresi) disebabkan hipotiroid

   Aksis II Z03.2 Tidak ada diagnosis
   Gambaran kepribadian histrionik

   Aksis III E02.0 Hipotiroid

   Aksis IV Tidak ada (none)

   Aksis V GAF = 45 (pada saat masuk RS)
   GAF = 65 (Pada saat pemulangan)

4. Aksis I Z63.0 Masalah dalam hubungan dengan pasangan

   Aksis II Z03.2 Tidak ada diagnosis

   Aksis III Tidak ada (none)

   Aksis IV Tidak ada pekerjaan

   Aksis V GAF = 83 (taraf tertinggi tahun terakhir)

LAMPIRAN 2 : Formulir Laporan Diagnosis Multiaksial

AKSIS I : • GANGGUAN KLINIS
• KONDISI LAIN YANG MENJADI FOKUS PERHATIAN KLINIS

Nomor kode diagnosis	Nama diagnosis menurut PPDGJ III
_____	_____
_____	_____
_____	_____

AKSIS II : • GANGGUAN KEPRIBADIAN
• RETARDASI MENTAL

Nomor kode diagnosis	Nama diagnosis menurut PPDGJ III
_____	_____
_____	_____
_____	_____

AKSIS III : • KONDISI MEDIK UMUM

Nomor kode diagnosis	Nama diagnosis menurut PPDGJ III (Lampiran)
_____	_____
_____	_____
_____	_____

AKSIS IV : • MASALAH PSIKOSOSIAL dan LINGKUNGAN

( ) Masalah dengan "primary support group" (keluarga), jelaskan:
_____
( ) Masalah berkaitan dengan lingkungan sosial, jelaskan: _____
_____
( ) Masalah pendidikan, jelaskan: _____
( ) Masalah pekerjaan, jelaskan: _____
( ) Masalah perumahan, jelaskan: _____
( ) Masalah ekonomi, jelaskan: _____
( ) Masalah akses ke pelayanan kesehatan, jelaskan: _____
_____
( ) Masalah berkaitan interaksi dengan hukum/kriminal, jelaskan:
_____
( ) Masalah psikososial & lingkungan lain, jelaskan:
_____

AKSIS V : • SKALA PENILAIAN FUNGSI SECARA GLOBAL

Nilai _____ Kerangka waktu _____

LAMPIRAN 3 : KONDISI LAIN YANG MENJADI FOKUS PERHATIAN KLINIS

F54 : Faktor Psikologis dan Tingkah Laku yang berhubungan dengan Gangguan atau Penyakit YDK (Lampiran PPDGJ III)

G21 : Parkinsonisme sekunder
G21.0 Sindrom neuroleptika maligna
G21.1 Parkinsonisme sekunder akibat neuroleptika
G24 : Distonia
G24.0 Distonia akut akibat neuroleptika
G24.8 Tardive dyskinesia akibat neuroleptika
G25 : Gangguan ekstrapiramidal dan pergerakan lainnya
G25.1 Tremor akibat obat
G25.9 Gangguan pergerakan akibat obat

Z63.7 Masalah dalam hubungan yang berkaitan dengan gangguan jiwa atau kondisi medik umum
Z63.8 Masalah hubungan orang tua - anak
Z63.0 Masalah dalam hubungan dengan pasangan (partner)
F93.3 Masalah dalam hubungan antar saudara (sibling)
Z63.9 Masalah dalam hubungan yang lain

T74 : Masalah berkaitan dengan "abuse" atau "neglect"
T74.0 Neglect of child
T74.1 Physical abuse of child or adult
T74.2 Sexual abuse of child or adult

Z91.1 Ketidak-patuhan terhadap pengobatan

Z76.5 Berpura-pura sakit dengan motivasi yang jelas (malingering)

Z72.8 Masalah berkaitan dengan gaya hidup (perilaku antisosial)

R41.8 Penurunan fungsi kognitif berkaitan dengan usia

Z63.4 Kehilangan dan kematian anggota keluarga (bereavement)

Z55.8 Masalah berkaitan dengan pendidikan dan melek huruf

Z56.7 Masalah berkaitan dengan pekerjaan dan pengangguran

Z71.8 Konseling tentang masalah agama dan kepercayaan

F93.8 Masalah indentitas pada anak dan remaja

Z60.3 Kesulitan akulturasi

Z60.0 Masalah penyesuaian pada masa transisi siklus kehidupan

PEDOMAN DIAGNOSTIK dari PPDGJ-III

PEDOMAN DIAGNOSTIK

dari

PPDGJ-III

- Pedoman diagnostik disusun berdasarkan atas jumlah dan keseimbangan gejala-gejala, yang biasanya ditemukan pada kebanyakan kasus untuk dapat menegakkan suatu ***diagnosis pasti***.
  Pedoman ini disusun sedemikian rupa agar ***luwes*** dalam penggunaan untuk menetapkan diagnosis dalam klinik, misalnya pada pencantuman ***lamanya*** gejala, ini dimaksudkan sebagai suatu petunjuk umum dan bukan merupakan persyaratan yang ketat. Para klinisi selayaknya menggunakan ***penilaian*** mereka **sendiri** tentang pemilihan diagnosis yang cocok, bila lamanya gejala itu lebih panjang atau lebih pendek dari yang telah ditentukan.

- Apabila syarat-syarat yang tercantum di dalam pedoman diagnostik dapat dipenuhi, maka diagnosis dapat dianggap ***pasti***. Namun bila hanya sebagaian saja terpenuhi, maka diagnosis masih bermanfaat direkam untuk berbagai tujuan.
  Keadaan ini sangat tergantung kepada pembuat diagnosis dan para pemakai lainnya untuk menetapkan apakah akan merekam suatu ***diagnosis pasti*** atau diagnosis dengan tingkat kepastian yang lebih rendah (misalnya : ***diagnosis sementara***, bila masih akan ada informasi tambahan, atau ***diagnosis tentatif***, bila informasi tersebut tidak akan diperoleh lagi).

- Deskripsi klinis dari pedoman diagnostik ini tidak mengandung implikasi teoretis, dan bukan merupakan pernyataan yang komprehensif mengenai tingkat pengetahuan yang mutakhir dari gangguan tersebut. Pedoman ini hanya merupakan suatu ***kumpulan gejala*** dan ***konsep*** yang telah disetujui oleh sejumlah besar pakar dan konsultan dari berbagai negera, untuk dijadikan dasar yang rasional dalam memberikan batasan terhadap kategori-kategori diagnosis dan diagnosis gangguan jiwa.

- Disarankan agar para klinisi mengikuti anjuran umum untuk ***mencatat sebanyak mungkin diagnosis*** yang mencakup seluruh gambaran klinis.
  Bila mencantumkan lebih dari satu diagnosis, ***diagnosis utama*** diletakkan paling atas dan selanjutnya **diagnosis lain** sebagai tambahan. Diagnosis utama dikaitkan dengan kebutuhan tindakan segera atau tuntutan pelayanan terhadap kondisi pasien saat ini atau tujuan lainnya.
  Bila terdapat keraguan mengenai urutan untuk merekam beberapa diagnosis, atau pembuat diagnosis tidak yakin tentang tujuan untuk apa informasi itu akan digunakan, agar mencatat diagnosis menurut ***urutan numerik*** dalam klasifikasi.

F00 - F09 GANGGUAN MENTAL ORGANIK. (TERMASUK GANGGUAN MENTAL SIMTOMATIK)

F00 DEMENSIA PADA PENYAKIT ALZHEIMER

- F00.0 Demensia pada penyakit Alzheimer dengan onset dini
- F00.1 Demensia pada penyakit Alzheimer dengan onset lambat
- F00.2 Demensia pada penyakit Alzheimer, tipe tak khas atau tipe campuran
- F00.9 Demensia pada penyakit Alzheimer YTT

F01 DEMENSIA VASKULAR

- F01.0 Demensia vaskular onset akut
- F01.1 Demensia multi-infark
- F01.2 Demensia vaskular subkortikal
- F01.3 Demensia vaskular campuran kortikal dan subkortikal
- F01.8 Demensia vaskular lainnya
- F01.9 Demensia vaskular YTT

F02 DEMENSIA PADA PENYAKIT LAIN YDK

- F02.0 Demensia pada penyakit Pick
- F02.1 Demensia pada penyakit Creutzfeldt-Jakob
- F02.2 Demensia pada penyakit Huntington
- F02.3 Demensia pada penyakit Parkinson
- F02.4 Demensia pada penyakit human immunodeficiency virus [HIV]
- F02.8 Demensia pada penyakit lain YDT YDK

F03 DEMENSIA YTT

Karakter kelima dapat digunakan untuk menentukan demensia pada F00 - F03 sebagai berikut :

- .x0 Tanpa gejala tambahan
- .x1 Gejala lain, terutama waham
- .x2 Gejala lain, terutama halusinasi
- .x3 Gejala lain, terutama depresi
- .x4 Gejala campuran lain

F04 SINDROM AMNESIK ORGANIK BUKAN AKIBAT ALKOHOL dan ZAT PSIKOAKTIF LAINNYA

F05 DELIRIUM BUKAN AKIBAT ALKOHOL dan ZAT PSIKOAKTIF LAINNYA

- F05.0 Delirium, tak bertumpangtindih dengan demensia
- F05.1 Delirium, bertumpangtindih dengan demensia
- F05.8 Delirium lainnya
- F05.9 Delirium YTT

F06 GANGGUAN MENTAL LAINNYA AKIBAT KERUSAKAN dan DISFUNGSI OTAK dan PENYAKIT FISIK

- F06.0 Halusinosis organik
- F06.1 Gangguan katatonik organik
- F06.2 Gangguan waham organik (lir-skizofernia)
- F06.3 Gangguan suasana perasaan (mood [afektif]) organik
  - .30 Gangguan manik organik
  - .31 Gangguan bipolar organik

.32 Gangguan depresif organik
.33 Gangguan afektif organik campuran

F06.4 Gangguan anxeitas organik
F06.5 Gangguan disosiatif organik
F06.6 Gangguan astenik organik
F06.7 Gangguan kognitif ringan
F06.8 Gangguan mental lain YDK akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik
F06.9 Ganguan mental YTT akibat kerusakan dan disfungsi otak dan penyakit fisik

F07 GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU AKIBAT PENYAKIT, KERUSAKAN dan DISFUNGSI OTAK

F07.0 Gangguan kepribadian organik
F07.1 Sindrom pasca-ensefalitik
F07.2 Sindrom pasca-kontusio
F07.8 Gangguan kepribadian dan perilaku organik lain akibat penyakit, kerusakan dan disfungsi otak
F07.9 Gangguan kepribadian dan perilaku organik YTT akibat penyakit, kerusakan dan disfunsi otak

F09 GANGGUAN MENTAL ORGANIK ATAU SIMTOMATIK YTT

YDT	=	Yang Di–Tentukan (specified)
YTT	=	Yang Tidak Tergolongkan (unspecified)
YDK	=	Yang Di–Klasifikasi di tempat lain (classified elsewhere)
YTK	=	Yang Tidak di–Klasifikasi di tempat lain (not elsewhere classified)

GANGGUAN MENTAL ORGANIK
(TERMASUK GANGGUAN MENTAL SIMTOMATIK)

- Gangguan mental organik = gangguan mental yang berkaitan dengan penyakit/gangguan sistemik atau otak yang dapat di-diagnosis tersendiri.
  Termasuk, Gangguan mental simtomatik, dimana pengaruh terhadap otak merupakan akibat sekunder dari penyakit/gangguan sistemik di luar otak (extracerebral).

- Gambaran Utama :
  1. Gangguan fungsi kognitif,
     misalnya, daya ingat (memory), daya pikir (intellect), daya belajar (learning).
  2. Gangguan sensorium,
     misalnya, gangguan kesadaran (consciousness) dan perhatian (attention).
  3. Sindrom dengan manifestasi yang menonjol dalam bidang :
     - persepsi (halusinasi)
     - isi pikiran (waham/delusi)
     - suasana perasaan dan emosi (depresi, gembira, cemas).

- Blok Gangguan Mental Organik menggunakan 2 kode :
  - Sindrom psikopatoligik (misalnya, Demensia)
  - Gangguan yang mendasari (misalnya, Penyakit Alzheimer)

DEMENSIA

- Demensia merupakan suatu sindrom akibat penyakit/gangguan otak yang biasanya bersifat kronik-progresif, dimana terdapat gangguan fungsi luhur kortikal yang multipel (multiple higher cortical function), termasuk di dalamnya : daya ingat, daya pikir, orientasi, daya tangkap (comprehension), berhitung, kemampuan belajar, berbahasa, dan daya nilai (judgment).
  Umumnya disertai, dan ada kalanya diawali, dengan kemerosotan (deterioration) dalam pengendalian emosi, perilaku sosial, atau motivasi hidup.

Pedoman Diagnostik

- Adanya penurunan kemampuan daya ingat dan daya pikir, yang sampai mengganggu kegiatan harian seseorang (personal activities of daily living) seperti : mandi, berpakaian, makan, kebersihan diri, buang air besar dan kecil.
- Tidak ada gangguan kesadaran (clear consciousness).
- Gejala dan disabilitas sudah nyata untuk *paling sedikit 6 bulan.*

Diagnosis Banding :
- Gangguan Depresif (F30-F39).
- Delirium (F05), F05.1 Delirium, bertumpang tindih dengan Demensia.
- Retardasi Mental Ringan & Sedang (F70-F71).

F00 DEMENSIA PADA PENYAKIT ALZHEIMER

Pedoman Diagnostik

- Terdapatnya gejala demensia.
- Onset bertahap (insidious onset) dengan deteriorasi lambat.
  Onset biasanya sulit ditentukan waktunya yang persis, tiba-tiba orang lain sudah menyadari adanya kelainan tersebut. Dalam perjalanan penyakitnya dapat terjadi suatu taraf yang stabil (plateau) secara nyata.
- Tidak adanya bukti klinis, atau temuan dari pemeriksaan khusus, yang menyatakan bahwa kondisi mental itu dapat disebabkan oleh penyakit otak atau sistemik lain yang dapat menimbulkan demensia (misalnya hipotiroidisme, hiperkalsemia, defisiensi vitamin B12, defisiensi niasin, neurosifilis, hidrosefalus bertekanan normal, atau hematoma subdural).
- Tidak adanya serangan apoplektik mendadak, atau gejala neurologik kerusakan otak fokal seperti hemiparesis, hilangnya daya sensorik, defek lapangan pandang mata, dan inkoordinasi yang terjadi dalam masa dini dari gangguan itu (walaupun fenomena ini di kemudian hari dapat bertumpang tindih).

Diagnosis Banding :
- Gangguan Depresif (F30-F39)
- Delirium (F05)
- Sindrom Amnestik Organik (F04)
- Demensia primer penyakit lain YDK (F02.-)
- Demensia sekunder penyakit lain YDK (F02.8)
- Retardasi Mental (F70-F72)
- Demensia Alzheimer + Vaskuler (F00.2)

F00.0 Demensia pada Penyakit Alzheimer Onset Dini

Pedoman Diagnostik

- Demensia yang onsetnya sebelum usia 65 tahun.
- Perkembangan gejala cepat dan progresif (deteriorasi).
- Adanya riwayat keluarga yang berpenyakit Alzheimer merupakan faktor yang menyokong diagnosis tetapi tidak harus dipenuhi.

F00.1 Demensia pada Penyakit Alzheimer Onset Lambat

- sama tersebut diatas, hanya onset sesudah usia 65 tahun dan perjalanan penyakit yang lamban dan biasanya dengan gangguan daya ingat sebagai gambaran utamanya.

F00.2 Demensia pada Penyakit Alzheimer, Tipe Tak Khas atau Tipe Campuran (atypical or mixed type)

- yang tidak cocok dengan pedoman untuk F00.0 atau F00.1, Tipe Campuran adalah dementia alzheimer + vaskuler.

F00.9 Demensia pada Penyakit Alzheimer YTT (unspecified)

F01 DEMENSIA VASKULAR

Pedoman Diagnostik

- Terdapatnya gejala demensia.
- Hendaya fungsi kognitif biasanya tidak merata (mungkin terdapat hilangnya daya ingat, gangguan daya pikir, gejala neurologis fokal). Daya tilik diri (insight) dan daya nilai (judgment) secara relatif tetap baik.
- Suatu onset yang mendadak atau deteriorasi yang bertahap, disertai adanya gejala neurologis fokal, meningkatkan kemungkinan diagnosis demensia vaskuler.
  Pada beberapa kasus, penetapan hanya dapat dilakukan dengan pemeriksaan CT-Scan atau pemeriksaan neuropatologis.

Diagnosis Banding :
- Delirium (F05.-)
- Demensia Alzheimer (F00.-)
- Gangguan Afektif (F30-F39)
- Retardasi Mental Ringan & Sedang (F70-F71)
- Perdarahan Subdural (traumatik= S06.5, nontraumatik= I62.0)
- Demensia vaskular + alzheimer (F00.2)

F01.0 Demensia Vaskular Onset Akut

- biasanya terjadi secara cepat sesudah serangkaian "stroke"akibat trombosis serebrovaskuler, embolisme, atau perdarahan.
  Pada kasus-kasus yang jarang, satu infark yang besar dapat sebagai penyebabnya.

F01.1 Demensia Multi-infark

- onsetnya lebih lambat, biasanya setelah serangkaian episode iskemik minor yang menimbulkan akumulasi dari infark pada parenkim otak.

F01.2 Demensia Vaskular Subkortikal

- fokus kerusakan akibat iskemia pada substansia alba di hemisferi serebral, yang dapat diduga secara klinis dan dibuktikan dengan CT-Scan. Korteks serebri biasanya tetap baik, walaupun demikian gambaran klinis masih mirip dengan demensia pada penyakit Alzheimer.

F01.3 Demensia Vaskular Campuran Kortikal dan Subkortikal

- komponen campuran kortikal dan subkortikal dapat diduga dari gambaran klinis, hasil pemeriksaan (termasuk autopsi) atau keduanya.

F01.8 Demensia Vaskular Lainnya

F01.9 Demensia Vaskular YTT

F02 DEMENSIA PADA PENYAKIT LAIN YDK

F02.0 Demensia pada Penyakit Pick

Pedoman Diagnostik

- Adanya gejala demensia yang progresif.
- Gambaran neuropatologis berupa atrofi selektif dari lobus frontalis yang menonjol, disertai euforia, emosi tumpul, dan perilaku sosial yang kasar, disinhibisi, dan apatis atau gelisah.
- Manifestasi gangguan perilaku pada umumnya mendahului gangguan daya ingat.

Diagnosis Banding : – Demensia pada penyakit Alzheimer (F00)
– Demensia vaskular (F01)
– Demensia akibat penyakit lain (F02.8)

F02.1 Demensia pada Penyakit Creutzfeldt-Jakob

Pedoman Diagnostik

- Trias yang sangat mengarah pada diagnosis penyakit ini:
  – demensia yang progresif merusak
  – penyakit piramidal dan ekstrapiramidal dengan mioklonus
  – elektroensefalogram yang khas (trifasik)

F02.2 Demensia pada Penyakit Huntington

Pedoman Diagnostik

- Ada kaitan antara gangguan gerakan koreiform (Choreiform), demensia, dan riwayat keluarga dengan penyakit Huntington.
- Gerakan koreiform yang involunter, terutama pada wajah, tangan, dan bahu, atau cara berjalan yang khas, merupakan manifestasi dini dari gangguan ini. Gejala ini biasanya mendahului gejala demensia, dan jarang sekali gejala dini tersebut tak muncul sampai demensia menjadi sangat lanjut
- Gejala demensia ditandai dengan gangguan fungsi lobus frontalis pada tahap dini, dengan daya ingat relatif masih terpelihara, sampai saat selanjutnya.

F02.3 Demensia pada Penyakit Parkinson

- demensia yang berkembang pada seseorang dengan penyakit Parkinson yang sudah parah, tidak ada gambaran klinis khusus yang dapat ditampilkan.

F02.4 Demensia pada Penyakit HIV (Human Immunodeficiency Virus)

- demensia yang berkembang pada seseorang dengan penyakit HIV, tidak ditemukannya penyakit atau kondisi lain yang bersamaan selain infeksi HIV itu.

F02.8 Demensia pada Penyakit Lain YDT YDK

- demensia yang terjadi sebagai manifestasi atau konsekuensi beberapa macam kondisi somatik dan serebral lainnya.

F03 DEMENSIA YTT

- kategori ini digunakan bila kriteria umum untuk diagnosis demensia terpenuhi, tetapi tidak mungkin diidentifikasi pada salah satu tipe tertentu (F00.0-F02.9)

F04 SINDROM AMNESIK ORGANIK, BUKAN AKIBAT ALKOHOL DAN ZAT PSIKOAKTIF LAINNYA

Pedoman Diagnostik

- Adanya hendaya daya ingat, berupa berkurangnya daya ingat jangka pendek (lemahnya kemampuan belajar materi baru); amnesia antegrad dan retrograd, dan menurunnya kemampuan untuk mengingat dan mengungkapkan pengalaman telah lalu dalam urutan terbalik menurut kejadiannya;
- Riwayat atau bukti nyata adanya cedera, atau penyakit, pada otak (terutama bila mengenai struktur diensefalon dan temporal medial secara bilateral);
- Tidak berkurangnya daya ingat segera (immediate recall), misalnya diuji untuk mengingat deret angka, tidak ada gangguan perhatian (attention) dan kesadaran (consciousness), dan tidak ada hendaya intelektual secara umum.

Diagnosis Banding :
- Sindrom organik lain dengan hendaya daya ingat yang menonjol (F00-F03, F05)
- Amnesia disosiatif (F44.0)
- Hendaya daya ingat akibat Gangguan Depresif (F30-F39)
- Berpura-pura (malingering) dengan menampilkan keluhan hilangnya daya ingat (Z76.5)
- Sindrom amnestik akibat alkohol (Korsakov) (F10.6)

F05 DELIRIUM, BUKAN AKIBAT ALKOHOL dan ZAT PSIKOAKTIF LAINNYA

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kesadaran dan perhatian :
  - dari taraf kesadaran berkabut sampai dengan koma;
  - menurunnya kemampuan untuk mengarahkan, memusatkan, mempertahankan, dan mengalihkan perhatian;
- Gangguan kognitif secara umum :
  - distorsi persepsi, ilusi dan halusinasi-seringkali visual;
  - hendaya daya pikir dan pengertian abstrak, dengan atau tanpa waham yang bersifat sementara, tetapi sangat khas terdapat inkoherensi yang ringan;
  - hendaya daya ingat segera dan jangka pendek, namun daya ingat jangka panjang relatif masih utuh;
  - disorientasi waktu, pada kasus yang berat, terdapat juga disorientasi tempat dan orang;
- Gangguan psikomotor :
  - hipo- atau hiper-aktivitas dan pengalihan aktivitas yang tidak terduga dari satu ke yang lain;
  - waktu bereaksi yang lebih panjang;
  - arus pembicaraan yang bertambah atau berkurang;
  - reaksi terperanjat meningkat;
- Gangguan siklus tidur-bangun :
  - insomnia atau, pada kasus yang berat, tidak dapat tidur sama sekali atau terbaliknya siklus tidur-bangun; mengantuk pada siang hari;
  - gejala yang memburuk pada malam hari;
  - mimpi yang menganggu atau mimpi buruk, yang dapat berlanjut menjadi halusinasi setelah bangun tidur;
- Gangguan emosional :
  - misalnya depresi, anxietas atau takut, lekas marah, euforia, apatis, atau rasa kehilangan akal.
- Onset biasanya cepat, perjalanan penyakitnya hilang-timbul sepanjang hari, dan keadaan itu berlangsung *kurang dari 6 bulan.*

Diagnosis Banding :
- Sindrom organik lainnya, Demensia (F00-F03)
- Gangguan psikotik akut dan sementara (F23.)
- Skizofrenia dalam keadaan akut (F20.-)
- Gangguan Afektif + "confusional features" (F30-F39)
- Delirium akibat Alkohol/Zat Psikoaktif Lain (F1x.4) (F1x.03)

F05.0 Delirium, Tak Bertumpang-tindih dengan Demensia

- delirium yang tidak bertumpang tindih dengan demensia yang sudah ada sebelumnya.

F05.1 Delirium, Bertumpang-tindih dengan Demensia

- kondisi yang memenuhi kriteria delirium diatas tetapi terjadipada saat sudah ada demensia.

F05.8 Delirium Lainnya

F05.9 Delirium YTT

F06 GANGGUAN MENTAL LAINNYA AKIBAT KERUSAKAN dan DISFUNGSI OTAK dan PENYAKIT FISIK

Pedoman Diagnostik

- Adanya penyakit, kerusakan atau disfungsi otak, atau penyakit fisik sistemik yang diketahui berhubungan dengan salah satu sindrom mental yang tercantum;
- Adanya hubungan waktu (dalam beberapa minggu atau bulan) antara perkembangan penyakit yang mendasari dengan timbulnya sindrom mental;
- Kesembuhan dari gangguan mental setelah perbaikan atau dihilangkannya penyebab yang mendasarinya;
- Tidak adanya bukti yang mengarah pada penyebab alternatif dari sindrom mental ini (seperti pengaruh yang kuat dari riwayat keluarga atau pengaruh stres sebagai pencetus).

F06.0 Halusinosis Organik

Pedoman Diagnostik

- Kriteria umum tersebut diatas (F06)
- Adanya halusinasi dalam segala bentuk (biasanya visual atau auditorik) , yang menetap atau berulang;
- Kesadaran yang jernih (tidak berkabut)
- Tidak ada penurunan fungsi intelek yang bermakna
- Tidak ada gangguan afektif yang menonjol
- Tidak jelas adanya waham (seringkali "insight" masih utuh)

Diagnosis Banding : – Halusinosis alkoholik (F10.52)
– Skizofrenia (F20.-)

F06.1 Gangguan Katatonik Organik

Pedoman Diagnostik

- Kriteria umum tersebut diatas (F06)
- Disertai salah satu dibawah ini :
  (a) stupor (berkurang atau hilang sama sekali gerakan spontan dengan mutisme parsial atau total, negativisme, dan posisi tubuh yang kaku);
  (b) gaduh gelisah (hipermotilitas yang kasar dengan atau tanpa kecenderungan untuk menyerang);
  (c) kedua-duanya (silih-berganti secara cepat dan tak terduga dari hipo- ke hiper-aktivitas)

Diagnosis Banding : – Skizofrenia katatonik (F20.2)
– Stupor disosiatif (F44.2)
– Stupor YTT (R40.1)

F06.2 Gangguan Waham Organik (Lir-Skizofrenia)

Pedoman Diagnostik

- Kriteria umum tersebut diatas (F06)
- Disertai : Waham yang menetap atau berulang (waham kejar, tubuh yang berubah, cemburu, penyakit, atau kematian dirinya atau orang lain);
- Halusinasi, gangguan proses pikir, atau fenomena katatonik tersendiri, mungkin ada;
- Kesadaran dan daya ingat tidak terganggu;

Diagnosis Banding : – Gangguan psikotik akut dan sementara (F23)
– Gangguan psikotik akibat obat (F1x.5)
– Gangguan waham yang menetap (F22.-)
– Skizofrenia (F20.-)

F06.3 Gangguan Afektif Organik

Pedoman Diagnostik

- Kriteria umum tersebut diatas (F06)
- Disertai kondisi yang sesuai dengan salah satu diagnosis dari gangguan yang tercantum dalam F30-F33

Diagnosis Banding : – Gangguan Afektif Non-organik atau YTT (F30-F39)
– Gangguan Afektif Hemisferik Kanan (F07.8)

F06.30 Gangguan Manik Organik
F06.31 Gangguan Bipolar Organik
F06.32 Gangguan Depresif Organik
F06.33 Gangguan Afektif Organik Campuran

F06.4 Gangguan Cemas (Anxietas) Organik

- gangguan yang ditandai oleh gambaran utama dari Gangguan Cemas Menyeluruh (F41.1), Gangguan Panik (F41.0), atau campuran dari keduanya, tetapi timbul sebagai akibat gangguan organik yang dapat menyebabkan disfungsi otak (seperti epilepsi lobus temporalis, tirotoksikosis, atau feokromositoma).

F06.5 Gangguan Disosiatif Organik

- gangguan yang memenuhi persyaratan untuk salah satu gangguan dalam Gangguan Disosiatif (F44.-) dan memenuhi kriteria umum untuk penyebab organik.

F06.6 Gangguan Astenik Organik

- gangguan yang ditandai oleh labilitas atau tidak terkendalinya emosi yang nyata dan menetap, kelelahan, atau berbagai sensasi fisik yang tak nyaman (seperti pusing) dan nyeri, sebagai akibat adanya gangguan organik (sering terjadi dalam hubungan dengan penyakit serebrovaskuler atau hipertensi).

F06.7 Gangguan Kognitif Ringan

- gambaran utamanya adalah turunnya penampilan kognitif (termasuk hendaya daya ingat, daya belajar, sulit berkonsentrasi), tidak sampai memenuhi diagnosis demensia (F00-F03), sindrom amnestik organik (F04), atau delirium (F05.-).
- gangguan ini dapat mendahului, menyertai, atau mengikuti berbagai macam gangguan infeksi dan gangguan fisik, baik serebral maupun sistemik.

F06.8 Gangguan Mental Lain YDT Akibat Kerusakan dan Disfungsi Otak dan Penyakit Fisik

- contohnya ialah keadaan suasana perasaan (mood) abnormal yang terjadi ketika dalam pengobatan dengan steroida atau obat antidepresi
- termasuk : psikosis epileptik YTT

F06.9 Gangguan Mental YTT Akibat Kerusakan dan Disfungsi Otak dan Penyakit Fisik

F07 GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU AKIBAT PENYAKIT, KERUSAKAN dan DISFUNGSI OTAK

F07.0 Gangguan Kepribadian Organik

Pedoman Diagnostik

- Riwayat yang jelas atau hasil pemeriksaan yang mantap menunjukkan adanya penyakit, kerusakan, atau disfungsi otak;
- Disertai, dua atau lebih, gambaran berikut :
  (a) penurunan yang konsisten dalam kemampuan untuk mempertahankan aktivitas yang bertujuan (goal-directed activities), terutama yang memakan waktu lebih lama dan penundaan kepuasan;
  (b) perubahan perilaku emosional, ditandai oleh labilitas emosional, kegembiraan yang dangkal dan tak beralasan (euforia, kejenakaan yang tidak sepadan), mudah berubah menjadi iritabilitas atau cetusan amarah dan agresi yang sejenak; pada beberapa keadaan, apati dapat merupakan gambaran yang menonjol;
  (c) pengungkapan kebutuhan dan keinginan tanpa mempertimbangkan konsekuensi atau kelaziman sosial (pasien mungkin terlibat dalam tindakan dissosial, seperti mencuri, bertindak melampaui batas kesopanan seksual, atau makan secara lahap atau tidak sopan, kurang memperhatikan kebersihan dirinya);
  (d) gangguan proses pikir, dalam bentuk curiga atau pikiran paranoid, dan/atau preokupasi berlebihan pada satu tema yang biasanya abstrak (seperti soal agama, "benar" dan "salah")
  (e) kecepatan dan arus pembicaraan berubah dengan nyata, dengan gambaran seperti berputar-putar (circumstantiality), bicara banyak (over-inclusiveness), alot (viscosity), dan hipergrafia;
  (f) perilaku seksual yang berubah (hiposeksualitas atau perubahan selera seksual).

Diagnosis Banding : – Perubahan kepribadian yang berlangsung lama Setelah Mengalami Katastrofa (F62.0), Akibat Penyakit Psikiatrik (F62.1)
– Sindrom Pasca-kontusio (F07.2)
– Sindrom Pasca-ensefalitis (F07.1)
– Gangguan kepribadian khas (F60.-)

F07.1 Sindrom Pasca-ensefalitis

- sindrom ini mencakup perubahan perilaku sisa (residual) setelah kesembuhan dari suatu ensefalitis virus atau bakterial;
- gejalanya tidak khas dan berbeda dari satu orang ke orang lain, dari satu penyebab infeksi ke penyebab infeksi lainnya, dan yang pasti berkaitan dengan usia pasien pada saat kena infeksi.

CATATAN :

- sindrom ini terjadi sesudah trauma kepala (biasanya cukup hebat sampai berakibat hilangnya kesadaran) dan termasuk beberapa gejala yang beragam seperti nyeri kepala, pusing (tidak seperti gambaran vertigo yang asli), kelelahan, iritabilitas, sulit berkonsentrasi dan melakukan suatu tugas mental, hendaya daya ingat, insomnia, menurunnya toleransi terhadap stres, gejolak emosional, atau terlibat alkohol.

F07.8 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Organik Lain Akibat Penyakit, Kerusakan dan Disfungsi Otak

- sindrom tertentu dan terduga dari perubahan kepribadian dan perilaku akibat kerusakan, penyakit atau disfungsi otak, di luar yang telah dicantumkan pada F07.0-F07.2; dan kondisi dengan taraf hendaya fungsi kognitif ringan yang belum sampai demensia dengan gangguan mental progresif seperti penyakit Alzheimer, Parkinson, dsb.

F07.9 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Organik YTT Akibat Penyakit, Kerusakan dan Disfungsi Otak

F09 GANGGUAN MENTAL ORGANIK ATAU SIMTOMATIK YTT

- termasuk : psikosis organik YTT, psikosis simtomatik YTT.

F10 - F19
GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN ZAT PSIKOAKTIF

F10. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN ALKOHOL

F11. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN OPIOIDA

F12. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN KANABINOIDA

F13. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN SEDATIVA ATAU HIPNOTIKA

F14. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN KOKAIN

F15. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN STIMULANSIA LAIN TERMASUK KAFEIN

F16. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN HALUSINOGENIKA

F17. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN TEMBAKAU

F18. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN PELARUT YANG MUDAH MENGUAP

F19. – GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN ZAT MULTIPEL dan PENGGUANAAN ZAT PSIKOAKTIF LAINNYA

Kode empat dan lima karakter dapat digunakan untuk menentukan kondisi klinis sebagai berikut :

F1x.0 Intoksikasi akut
- .00 Tanpa komplikasi
- .01 Dengan trauma atau cedera tubuh lainnya
- .02 Dengan komplikasi medis lainnya
- .03 Dengan delirium
- .04 Dengan distorsi persepsi
- .05 Dengan koma
- .06 Dengan konvulsi
- .07 Intoksikasi patologis

F1x.1 Penggunaan yang merugikan (harmful use)

F1x.2 Sindrom ketergantungan
- .20 Kini abstinen
- .21 Kini abstinen tetapi dalam lingkungan terlindung
- .22 Kini dalam pengawasan klinis dengan terapi pemeliharaan atau dengan pengobatan zat pengganti [ketergantungan terkendali]
- .23 Kini abstinen, tetapi sedang dalam terapi dengan obat aversif atau penyekat
- .24 Kini sedang menggunakan zat [ketergantungan aktif]
- .25 Penggunaan berkelanjutan
- .26 Pengunaan episodik [dipsomania]

F1x.3 Keadaan putus zat
.30 Tanpa komplikasi
.31 Dengan konvulsi

F1x.4 Keadaan putus zat dengan delirium
.40 Tanpa konvulsi
.41 Dengan konvulsi

F1x.5 Gangguan psikotik
.50 Lir-skizofrenia (schizophrenia-like)
.51 Predominan waham
.52 Predominan halusinasi
.53 Predominan polimorfik
.54 Predominan gejala depresi
.55 Predominan gejala manik
.56 Campuran

F1x.6 Sindrom amnesik

F1x.7 Gangguan psikotik residual atau onset lambat
.70 Kilas balik (flashbacks)
.71 Gangguan kepribadian atau perilaku
.72 Gangguan afektif residual
.73 Demensia
.74 Hendaya kognitif menetap lainnya
.75 Gangguan psikotik onset lambat

F1x.8 Gangguan mental dan perilaku lainnya

F1x.9 Gangguan mental dan perilaku YTT

GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU AKIBAT PENGGUNAAN ZAT

- Gangguan yang bervariasi luas dan berbeda keparahannya (dari intoksikasi tanpa komplikasi dan penggunaan yang merugikan sampai gangguan psikotik yang jelas dan demensia, tetapi semua itu diakibatkan oleh karena penggunaan satu atau lebih zat psikoaktif (dengan atau tanpa resep dokter).

- Sistem kode : – zat yang digunakan = karakter ke 2 dan 3
  – keadaan klinis = karakter ke 4 dan 5
  (misalnya, F10.03 = Gangguan mental dan perilaku akibat penggunaan Alkohol, intoksikasi akut dengan delirium)

- Identifikasi dari zat psikoaktif yang digunakan dapat dilakukan berdasarkan :
  – data laporan individu,
  – analisis objektif dari spesimen urin, darah, dan sebagainya
  – bukti lain (adanya sampel obat yang ditemukan pada pasien, tanda dan gejala klinis, atau dari laporan pihak ketiga).

- Selalu dianjurkan untuk mencari bukti yang menguatkan lebih dari satu sumber, yang berkaitan dengan penggunaan zat.

- Analisis objektif memberikan bukti yang paling dapat diandalkan perihal adanya penggunaan akhir-akhir ini atau saat ini, namun data ini mempunyai keterbatasan terhadap penggunaan zat di masa lalu atau tingkat penggunaan saat ini.

- Banyak pengguna obat menggunakan lebih dari satu jenis obat, namun bila mungkin, diagnosis gangguan harus diklasifikasi sesuai dengan **zat tunggal** (kategori dan zat) **yang paling penting** yang digunakannya (yang menyebabkan gangguan yang nyata), sedangkan kode **F19** (gangguan akibat penggunaan obat multipel) hanya digunakan bila pola penggunaan zat psikoaktif benar-benar kacau dan sembarangan atau berbagai obat bercampur-baur.

- Penyalahgunaan obat lain selain zat psikoaktif, seperti pencahar atau aspirin, harus diberi kode **F55.-** (penyalahgunaan zat yang tidak menyebabkan ketergantungan), dengan karakter ke 4 menunjukkan jenis zat tersebut.

- Kasus gangguan mental (terutama delirium pada usia lanjut) akibat zat psikoaktif, tetapi tanpa salah satu gangguan dalam blok ini (misalnya, pengunaan yang merugikan atau sindrom ketergantungan) harus dimaksudkan dalam kode **F00-F09.**
  Bila keadaan delirium bertumpang-tindih dengan suatu gangguan dalam blok ini, maka harus diberi kode F1x.3 atau F1x.4.

- Tingkat keterlibatan alkohol dapat ditunjukkan dengan menggunakan kode tambahan dari Bab XX ICD-10: Y90 (ditetapkan dari kadar alkohol dalam darah) atau Y91 (ditetapkan dengan derajat intoksikasinya).

F1x.0 Intoksikasi Akut

Pedoman Diagnostik

- Intoksikasi akut sering dikaitkan dengan : tingkat dosis zat yang digunakan (dose-dependent), invividu dengan kondisi organik tertentu yang mendasarinya (misalnya insufisiensi ginjal atau hati) yang dalam dosis kecil dapat menyebabkan efek intoksikasi berat yang tidak proporsional.
- Disinhibisi yang ada hubungannya dengan konteks sosial perlu dipertimbangkan (misalnya disinhibisi perilaku pada pesta atau upacara keagamaan).
- Intoksikasi akut merupakan suatu kondisi peralihan yang timbul akibat penggunaan alkohol atau zat psikoaktif lain sehingga terjadi gangguan kesadaran, fungsi kognitif, persepsi, afek atau perilaku, atau fungsi dan respons psikofisiologis lainnya.
  Intensitas intoksikasi berkurang dengan berlalunya waktu dan pada akhirnya efeknya menghilang bila tidak terjadi penggunaan zat lagi. Dengan demikian orang tersebut akan kembali ke kondisi semula, kecuali jika ada jaringan yang rusak atau terjadi komplikasi lainnya.

Kode lima karakter berikut digunakan untuk menunjukkan apakah intoksikasi akut itu disertai dengan suatu komplikasi :

F1x.00 Tanpa komplikasi

F1x.01 Dengan trauma atau cedera tubuh lainnya

F1x.02 Dengan komplikasi medis lainnya

F1x.03 Dengan delirium

F1x.04 Dengan distorsi persepsi

F1x.05 Dengan koma

F1x.06 Dengan konvulsi

F1x.07 Intoksikasi patologis

- Hanya pada penggunaan alkohol.
- Onset secara tiba-tiba dengan agresi dan sering berupa perilaku tindak kekerasan yang tidak khas bagi individu tersebut saat ia bebas alkohol.
- Biasanya timbul segera setelah minum sejumlah alkohol yang pada kebanyakan orang tidak akan menimbulkan intoksikasi.

F1x.1 Penggunaan Yang Merugikan

Pedoman Diagnostik

- Adanya pola penggunaan zat psikoaktif yang merusak kesehatan, yang dapat berupa fisik (seperti pada kasus hepatitis karena menggunakan obat melalui suntikan diri sendiri) atau mental (misalnya episode gangguan depresi sekunder karena konsumsi berat alkohol).
- Pola penggunaan yang merugikan sering dikecam oleh pihak lain dan seringkali disertai berbagai konsekuensi sosial yang tidak diinginkan.
- Tidak ada sindrom ketergantungan (F1x.2), gangguan psikotik (F1x.5) atau bentuk spesifik lain dari gangguan yang berkaitan dengan penggunaan obat atau alkohol.

F1x.2 Sindrom Ketergantungan

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis ketergantungan yang pasti ditegakkan jika ditemukan 3 atau lebih gejala dibawah ini dialami dalam masa 1 tahun sebelumnya :
  (a) adanya keinginan yang kuat atau dorongan yang memaksa (kompulsi) untuk menggunakan zat psikoaktif;
  (b) kesulitan dalam mengendalikan perilaku menggunakan zat, termasuk sejak mulainya, usaha penghentian, atau pada tingkat sedang menggunakan;
  (c) keadaan putus zat secara fisiologis (lihat F1x.3 atau F1x.4) ketika penghentian penggunaan zat atau pengurangan, terbukti dengan adanya gejala putus zat yang khas, atau orang tersebut menggunakan zat atau golongan zat yang sejenis dengan tujuan untuk menghilangkan atau menghindari terjadinya gejala putus zat;
  (d) terbukti adanya toleransi, berupa peningkatan dosis zat psikoaktif yang diperlukan guna memperoleh efek yang sama yang biasanya diperoleh dengan dosis lebih rendah (contoh yang jelas dapat ditemukan pada individu dengan ketergantungan alkohol dan opiat yang dosis harian-nya dapat mencapai taraf yang dapat membuat tak berdaya atau mematikan bagi pengguna pemula;
  (e) secara progresif mengabaikan menikmati kesenangan atau minat lain disebabkan penggunaan zat psikoaktif, meningkatnya jumlah waktu yang diperlukan untuk mendapatkan atau menggunakan zat atau untuk pulih dari akibatnya;
  (f) tetap menggunakan zat meskipun ia menyadari adanya akibat yang merugikan kesehatannya, seperti gangguan fungsi hati karena minum alkohol berlebihan, keadaan depresi sebagai akibat dari suatu periode penggunaan zat yang berat, atau hendaya fungsi kognitif berkaitan dengan penggunaan zat; upaya perlu diadakan untuk memastikan bahwa pengguna zat sungguh-sungguh, atau dapat diandalkan, sadar akan hakekat dan besarnya bahaya.

Diagnosis sindrom ketergantungan dapat ditentukan lebih lanjut dengan kode lima karakter berikut :

F1x.20 Kini abstinen

F1x.21 Kini abstinen, tetapi dalam suatu lingkungan yang terlindung (seperti dalam rumah sakit, komuniti terapeutik, lembaga pemasyarakatan, dll)

F1x.22 Kini dalam pengawasan klinis dengan terapi pemeliharaan atau dengan pengobatan zat pengganti [ketergantungan terkendali] (misalnya dengan methadone, penggunaan "nicotine gum" atau "nicotine patch")

F1x.23 Kini abstinen, tetapi sedang dalam terapi obat aversif atau penyekat (misalnya naltrexone atau disulfiram)

F1x.24 Kini sedang menggunakan zat [ketergantungan aktif]

F1x.25 Penggunaan berkelanjutan

F1x.26 Penggunaan episodik [dipsomania]

F1x.3 Keadaan Putus Zat

Pedoman Diagnostik

- Keadaan putus zat merupakan salah satu indikator dari sindrom ketergantungan (lihat F1x.2) dan diagnosis sindrom ketergantungan zat harus turut dipertimbangkan.
- Keadaan putus zat hendaknya dicatat sebagai diagnosis utama, bila hal ini merupakan alasan rujukan dan cukup parah sampai memerlukan perhatian medis secara khusus.
- Gejala fisik bervariasi sesuai dengan zat yang digunakan. Gangguan psikologis (misalnya anxietas, depresi dan gangguan tidur) merupakan gambaran umum dari keadaan putus zat ini.
  Yang khas ialah pasien akan melaporkan bahwa gejala putus zat akan mereda dengan meneruskan penggunaan zat.

Diagnosis keadaan putus zat dapat ditentukan lebih lanjut dengan menggunakan kode lima karakter berikut :

F1x.30 Tanpa komplikasi

F1x.31 Dengan konvulsi

F1x.4 Keadaan Putus Zat dengan Delirium

Pedoman Diagnostik

- Suatu keadaan putus zat (F1x.3) disertai komplikasi delirium (lihat kriteria umum delirium pada F05.-).
- Termasuk : ***Delirium Tremens,*** yang merupakan akibat dari putus alkohol secara absolut atau relatif pada pengguna yang ketergantungan berat dengan riwayat penggunaan yang lama. Onset biasanya terjadi sesudah putus alkohol. Keadaan gaduh gelisah toksik (toxic confusional state) yang berlangsung singkat tetapi adakalanya dapat membahayakan jiwa, yang disertai gangguan somatik.
- Gejala prodromal khas berupa : insomnia, gemetar dan ketakutan. Onset dapat didahului oleh kejang setelah putus zat.
  Trias yang klasik dari gejalanya adalah :
  - kesadaran berkabut dan kebingungan,
  - halusinasi dan ilusi yang hidup (vivid) yang mengenai salah salah satu pancaindera (sensory modality), dan
  - tremor berat.

  Biasanya ditemukan juga waham, agitasi, insomnia atau siklus tidur yang terbalik, dan aktivitas otonomik yang berlebihan.

Diagnosis keadaan putus zat dengan delirium dapat ditentukan dengan penggunaan kode lima karakter berikut :

F1x.40 Tanpa konvulsi

F1x.41 Dengan konvulsi

F1x.5 Gangguan Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Gangguan psikotik yang terjadi selama atau segera sesudah penggunaan zat psikoaktif (biasanya dalam waktu 48 jam), bukan merupakan manifestasi dari keadaan putus zat dengan delirium (lihat F1x.4) atau suatu onset lambat. Gangguan psikotik onset lambat (dengan onset lebih dari 2 minggu setelah penggunaan zat) dimasukkan dalam F1x.75.
- Gangguan psikotik yang disebabkan oleh zat psikoaktif dapat tampil dengan pola gejala yang bervariasi. Variasi ini akan dipengaruhi oleh jenis zat yang digunakan dan kepribadian pengguna zat.
  Pada penggunaan obat stimulan, seperti kokain dan amfetamin, gangguan psikotik yang diinduksi oleh obat umumnya berhubungan erat dengan tingginya dosis dan/atau penggunaan zat yang berkepanjangan.
  Diagnosis gangguan psikotik jangan hanya ditegakkan berdasarkan distorsi persepsi atau pengalaman halusinasi, bila zat yang digunakan ialah halusinogenika primer (misalnya Lisergide [LSD], meskalin, kanabis dosis tinggi). Perlu dipertimbangkan kemungkinan diagnosis intoksikasi akut (F1x.0).

Diagnosis Banding : – Gangguan mental lain yang dicetuskan dan diberatkan oleh penggunaan zat psikoaktif, misalnya Skizofrenia (F20.-), Gangguan Afektif (F30-F39), Gangguan Kepribadian Paranoid (F60.0, F60.1).

Diagnosis suatu keadaan psikotik dapat ditentukan lebih lanjut dengan kode lima karakter berikut :

F1x.50 Lir-skizofrenia (Schizophrenic-like)

F1x.51 Predominan waham

F1x.52 Predominan halusinasi (termasuk halusinasi alkoholik)

F1x.53 Predominan polimorfik

F1x.54 Predominan gejala depresi

F1x.55 Predominan gejala manik

F1x.56 Campuran

F1x.6 Sindrom Amnesik

Pedoman Diagnostik

- Sindrom amnesik yang disebabkan oleh zat psikoaktif harus memenuhi kriteria umum untuk sindrom amnesik organik (F04).
- Syarat utama untuk menentukan diagnosis adalah :
  (a) gangguan daya ingat jangka pendek ("recent memory", dalam mempelajari hal baru); gangguan sensasi waktu ("time sense", menyusun kembali urutan kronologis, meninjau kejadian yang berulang menjadi satu peristiwa, dll);
  (b) tidak ada gangguan daya ingat segera (immediate recall), tidak ada gangguan kesadaran, dan tidak ada gangguan kognitif secara umum;
  (c) adanya riwayat atau bukti yang objektif dari penggunaan alkohol atau zat yang kronis (terutama dengan dosis tinggi);

Diagnosis Banding:
- Sindrom amnesik organik non-alkoholik (F04)
- Sindrom organik lain yang meliputi gangguan daya ingat yang jelas (F00-F03; F05)
- Gangguan depresif (F31-F33)

F1x.7 Gangguan Psikotik Residual atau Onset Lambat

Pedoman Diagnostik

- Onset dari gangguan harus secara langsung berkaitan dengan penggunaan alkohol atau zat psikoaktif.
- Gangguan fungsi kognitif, afek, kepribadian, atau perilaku yang disebabkan oleh alkohol atau zat psikoaktif yang berlangsung melampaui jangka waktu khasiat psikoaktifnya (efek residual zat tersebut terbukti secara jelas). Gangguan tersebut harus memperlihatkan suatu perubahan atau kelebihan yang jelas dari fungsi sebelumnya yang normal.
- Gangguan ini harus dibedakan dari kondisi yang berhubungan dengan peristiwa putus zat (F1x.3 dan F1x.4). Pada kondisi tertentu dan untuk zat tertentu, fenomena putus zat dapat terjadi beberapa hari atau minggu sesudah zat dihentikan penggunaannya.

Diagnosis Banding :
- Gangguan mental yang sudah ada terselubung oleh penggunaan zat dan yang muncul kembali setelah pengaruh zat tersebut menghilang (misalnya anxietas fobik, gangguan depresif, skizofrenia atau gangguan skizotipal).
- Gangguan psikotik akut dan sementara (F23.)
- Cedera organik dan retardasi mental ringan atau sedang (F70-F71) yang terdapat bersama dengan penyalahgunaan zat psikoaktif.

Kelompok diagnostik ini dapat dibagi lebih lanjut dengan menggunakan kode lima karakter berikut:

F1x.70 Kilas balik (Flashback)
- dapat dibedakan dari gangguan psikotik, sebagian karena sifat episodiknya, sering berlangsung dalam waktu sangat singkat (dalam hitungan detik sampai menit) dan oleh gambaran duplikasi dari pengalaman sebelumnya yang berhubungan dengan penggunaan zat.

F1x.71 Gangguan kepribadian atau perilaku
- memenuhi kriteria untuk gangguan kepribadian organik (F07.0)

F1x.72 Gangguan afektif residual
- memenuhi kriteria untuk gangguan afektif organik (F06.3)

F1x.73 Demensia
- memenuhi kriteria umum untuk demensia (F00-F09)

F1x.74 Hendaya kognitif menetap lainnya

- suatu kategori residual untuk gangguan dengan hendaya kognitif yang menetap, tetapi tidak memenuhi kriteria untuk sinrom amnesik yang disebabkan oleh zat psikoaktif (F1x.6) atau demensia (F1x.73)

F1x.75 Gangguan psikotik onset lambat

F1x.8 Gangguan Mental dan Perilaku Lainnya

- kategori untuk semua gangguan sebagai akibat penggunaan zat psikoaktif yang dapat diidentifikasi berperan langsung pada gangguan tersebut, tetapi yang tidak memenuhi kriteria untuk dimasukkan dalam salah satu gangguan yang telah disebutkan diatas.

F1x.9 Gangguan Mental dan Perilaku YTT

- kategori untuk yang tidak tergolongkan

F20 - F29
SKIZOFRENIA, GANGGUAN SKIZOTIPAL dan GANGGUAN WAHAM

F20 SKIZOFRENIA

F20.0 Skizofrenia paranoid
F20.1 Skizofrenia hebefrenik
F20.2 Skizofrenia katatonik
F20.3 Skizofrenia tak terinci (undifferentiated)
F20.4 Depresi pasca-skizofrenia
F20.5 Skizofrenia residual
F20.6 Skizofrenia simpleks
F20.8 Skizofrenia lainnya
F20.9 Skizofrenia YTT

Karakter kelima dapat digunakan untuk mengklasifikasi perjalanan penyakit:

.x0 Berkelanjutan
.x1 Episodik dengan kemunduran progresif
.x2 Episodik dengan kemunduran stabil
.x3 Episodik berulang
.x4 Remisi tak sempurna
.x5 Remisi sempurna
.x8 Lainnya
.x9 Periode pengamatan kurang dari satu tahun

F21 GANGGUAN SKIZOTIPAL

F22 GANGGUAN WAHAM MENETAP

F22.0 Gangguan waham
F22.8 Gangguan waham menetap lainnya
F22.9 Gangguan waham menetap YTT

F23 GANGGUAN PSIKOTIK AKUT dan SEMENTARA

F23.0 Gangguan psikotik polimorfik akut tanpa gejala skizofrenia
F23.1 Gangguan psikotik polimorfik akut dengan gejala skizofrenia
F23.2 Gangguan psikotik lir-skizofrenia akut
F23.3 Gangguan psikotik akut lainnya dengan predominan waham
F23.8 Gangguan psikotik akut dan sementara lainnya
F23.9 Gangguan psikotik akut dan sementara YTT

Karakter kelima dapat digunakan untuk menentukan ada atau tidaknya penyerta stres akut:

.x0 Tanpa penyerta stres akut
.x1 Dengan penyerta stres akut

F24 GANGGUAN WAHAM INDUKSI

F25 GANGGUAN SKIZOAFEKTIF

F25.0 Gangguan skizoafektif tipe manik
F25.1 Gangguan skizoafektif tipe depresif
F25.2 Gangguan skizoafektif tipe campuran
F25.8 Gangguan skizoafektif lainnya
F25.9 Gangguan skizoafektif YTT

F28 GANGGUAN PSIKOTIK NON-ORGANIK LAINNYA

F29 GANGGUAN PSIKOTIK NON-ORGANIK YTT

YDK = Yang Di–Klasifikasi di tempat lain (classified elsewhere)
YDT = Yang Di–Tentukan (specified)
YTT = Yang Tidak Tergolongkan (unspecified)
lir-skizofrenia = schizophrenia-like

SKIZOFRENIA, GANGGUAN SKIZOTIPAL DAN GANGGUAN WAHAM

SKIZOFRENIA

- Suatu deskripsi sindrom dengan variasi penyebab (banyak belum diketahui) dan perjalanan penyakit (tak selalu bersifat kronis atau "deteriorating") yang luas, serta sejumlah akibat yang tergantung pada perimbangan pengaruh genetik, fisik, dan sosial budaya.
  Pada umumnya ditandai oleh penyimpangan yang fundamental dan karateristik dari pikiran dan persepsi, serta oleh afek yang tidak wajar (inappropriate) or tumpul (blunted). Kesadaran yang jernih (clear consciousness) dan kemampuan intelektual biasanya tetap terpelihara, walaupun kemunduran kognitif tertentu dapat berkembang kemudian.

Pedoman Diagnostik

- Harus ada sedikitnya satu gejala berikuti ini yang amat jelas (dan biasanya dua gejala atau lebih bila gejala-gejala itu kurang tajam atau kurang jelas) :

  (a) – "thought echo" = isi pikiran dirinya sendiri yang berulang atau bergema dalam kepalanya (tidak keras), dan isi pikiran ulangan, walaupun isinya sama, namun kualitasnya berbeda; atau
  – "thought insertion or withdrawal" = isi pikiran yang asing dari luar masuk ke dalam pikirannya (insertion) atau isi pikirannya diambil keluar oleh sesuatu dari luar dirinya (withdrawal); dan
  – "thought broadcasting" = isi pikirannya tersiar keluar sehingga orang lain atau umum mengetahuinya;

  (b) – "delusion of control" = waham tentang dirinya dikendalikan oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
  – "delusion of influence" = waham tentang dirinya dipengaruhi oleh suatu kekuatan tertentu dari luar; atau
  – "delusion of passivity" = waham tentang dirinya tidak berdaya dan pasrah terhadap suatu kekuatan dari luar;
  (tentang "dirinya" = secara jelas merujuk ke pergerakan tubuh/anggota gerak atau ke pikiran, tindakan, atau penginderaan khusus);
  – "delusional perception" = pengalaman inderawi yang tak wajar, yang bermakna sangat khas bagi dirinya, biasanya bersifat mistik atau mukjizat;

  (c) halusinasi auditorik :
  – suara halusinasi yang berkomentar secara terus menerus terhadap perilaku pasien, atau
  – mendiskusikan perihal pasien di antara mereka sendiri (diantara berbagai suara yang berbicara), atau

– jenis suara halusinasi lain yang berasal dari salah satu bagian tubuh

(d) waham-waham menetap jenis lainnya, yang menurut budaya setempat dianggap tidak wajar dan sesuatu yang mustahil, misalnya perihal keyakinan agama atau politik tertentu, atau kekuatan dan kemampuan di atas manusia biasa (misalnya mampu mengendalikan cuaca, atau berkomunikasi dengan mahluk asing dari dunia lain).

- Atau paling sedikit dua gejala dibawah ini yang harus selalu ada secara jelas :

(e) halusinasi yang menetap dari panca-indera apa saja, apabila disertai baik oleh waham yang mengambang maupun yang setengah berbentuk tanpa kandungan afektif yang jelas, ataupun disertai oleh ide-ide berlebihan (over-valued ideas) yang menetap, atau apabila terjadi setiap hari selama berminggu-minggu atau berbulan-bulan terus menerus;

(f) arus pikiran yang terputus (break) atau yang mengalami sisipan (interpolation), yang berakibat inkoherensi atau pembicaraan yang tidak relevan, atau neologisme;

(g) perilaku katatonik, seperti keadaan gaduh-gelisah (excitement), posisi tubuh tertentu (posturing), atau fleksibilitas cerea, negativisme, mutisme, dan stupor;

(h) gejala-gejala "negatif", seperti sikap sangat apatis, bicara yang jarang, dan respons emosional yang menumpul atau tidak wajar, biasanya yang mengakibatkan penarikan diri dari pergaulan sosial dan menurunnya kinerja sosial; tetapi harus jelas bahwa semua hal tersebut tidak disebabkan oleh depresi atau medikasi neuroleptika;

- Adanya gejala-gejala khas tersebut diatas telah berlangsung selama kurun waktu ***satu bulan atau lebih*** (tidak berlaku untuk setiap fase nonpsikotik prodromal);

- Harus ada suatu perubahan yang konsisten dan bermakna dalam mutu keseluruhan (overall quality) dari beberapa aspek perilaku pribadi (personal behaviour), bermanifestasi sebagai hilangnya minat, hidup tak bertujuan, tidak berbuat sesuatu, sikap larut dalam diri sendiri (self-absorbed attitude), dan penarikan diri secara sosial.

Perjalanan gangguan skizofrenik dapat diklasifikasi dengan menggunakan kode lima karakter berikut :

F20.x0 Berkelanjutan
F20.x1 Episodik dengan kemunduran progresif
F20.x2 Episodik dengan kemunduran stabil
F20.x3 Episodik berulang
F20.x4 Remisi tak sempurna
F20.x5 Remisi sempurna
F20.x8 Lainnya
F20.x9 Periode pengamatan kurang dari satu tahun

F20. SKIZOFRENIA

F20.0 Skizofrenia Paranoid

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
- Sebagai tambahan :
  - halusinasi dan/atau waham harus menonjol;
    (a) suara-suara halusinasi yang mengancam pasien atau memberi perintah, atau halusinasi auditorik tanpa bentuk verbal berupa bunyi pluit (whistling), mendengung (humming), atau bunyi tawa (laughing);
    (b) halusinasi pembauan atau pengecapan rasa, atau bersifat seksual, atau lain-lain perasaan tubuh; halusinasi visual mungkin ada tetapi jarang menonjol;
    (c) waham dapat berupa hampir setiap jenis, tetapi waham dikendalikan (delusion of control), dipengaruhi (delusion of influence), atau "passivity" (delusion of passivity), dan keyakinan dikejar-kejar yang beraneka ragam, adalah yang paling khas;
  - gangguan afektif, dorongan kehendak dan pembicaraan, serta gejala katatonik secara relatif tidak nyata/ tidak menonjol.

Diagnosis Banding :
- Epilepsi dan Psikosis yang diinduksi oleh obat-obatan
- Keadaan paranoid involusional (F22.8)
- Paranoia (F22.0)

F20.1 Skizofrenia Hebefrenik

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria umum diagnosis skizofrenia.
- Diagnosis hebefrenia untuk pertama kali hanya ditegakkan pada usia remaja atau dewasa muda (onset biasanya mulai 15-25 tahun).
- Kepribadian premorbid menunjukkan ciri khas: pemalu dan senang menyendiri (solitary), namun tidak harus demikian untuk menentukan diagnosis.
- Untuk diagnosis hebefrenia yang meyakinkan umumnya diperlukan pengamatan kontinu selama 2 atau 3 bulan lamanya, untuk memastikan bahwa gambaran yang khas berikut ini memang benar bertahan :
  - perilaku yang tidak bertanggung jawab dan tak dapat diramalkan, serta mannerisme; ada kecendrungan untuk selalu menyendiri (solitary), dan perilaku menunjukkan hampa tujuan dan hampa perasaan;
  - afek pasien dangkal (shallow) dan tidak wajar (inappropriate), sering disertai oleh cekikikan (giggling) atau perasaan puas diri (self-satisfied), senyum sendiri

(self-absorbed smiling), atau oleh sikap tinggi hati (lofty manner), tertawa menyeringai (grimaces), mannerisme, mengibuli secara bersenda gurau (pranks), keluhan hipokondriakal, dan ungkapan kata yang diulang-ulang (reiterated phrases);
- proses pikir mengalami disorganisasi dan pembicaraan tak menentu (rambling) serta inkoheren.

- Gangguan afektif dan dorongan kehendak, serta gangguan proses pikir umumnya menonjol. Halusinasi dan waham mungkin ada tetapi biasanya tidak menonjol (fleeting and fragmentary delusions and hallucinations). Dorongan kehendak (drive) dan yang bertujuan (determination) hilang serta sasaran ditinggalkan, sehingga perilaku penderita memperlihatkan ciri khas, yaitu perilaku tanpa tujuan (aimless) dan tanpa maksud (empty of puspose). Adanya suatu preokupasi yang dangkal dan bersifat dibuat-buat terhadap agama, filsafat dan tema abstrak lainnya, makin mempersukar orang memahami jalan pikiran pasien.

F20.2 Skizofrenia Katatonik

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia.
- Satu atau lebih dari perilaku berikut ini harus mendominasi gambaran klinisnya :
  (a) stupor (amat berkurangnya dalam reaktivitas terhadap lingkungan dan dalam gerakan serta aktivitas spontan) atau mutisme (tidak berbicara);
  (b) gaduh-gelisah (tampak jelas aktivitas motorik yang tak bertujuan, yang tidak dipengaruhi oleh stimuli eksternal)
  (c) menampilkan posisi tubuh tertentu (secara sukarela mengambil dan mempertahankan posisi tubuh tertentu yang tidak wajar atau aneh);
  (d) negativisme (tampak jelas perlawanan yang tidak bermotif terhadap semua perintah atau upaya untuk menggerakkan, atau pergerakan kearah yang berlawanan);
  (e) rigiditas (mempertahankan posisi tubuh yang kaku untuk melawan upaya menggerakkan dirinya);
  (f) fleksibilitas cerea / "waxy flexibility" (mempertahankan anggota gerak dan tubuh dalam posisi yang dapat dibentuk dari luar); dan
  (g) gejala-gejala lain seperti "command automatism" (kepatuhan secara otomatis terhadap perintah), dan pengulangan kata-kata serta kalimat-kalimat.
- Pada pasien yang tidak komunikatif dengan manifestasi perilaku dari gangguan katatonik, diagnosis skizofrenia mungkin harus ditunda sampai diperoleh bukti yang memadai tentang adanya gejala-gejala lain.
  Penting untuk diperhatikan bahwa gejala-gejala katatonik bukan petunjuk diagnostik untuk skizofrenia. Gejala katatonik dapat dicetuskan oleh penyakit otak, gangguan metabolik, atau alkohol dan obat-obatan, serta dapat juga terjadi pada gangguan afektif.

F20.3 Skizofrenia Tak Terinci (Undifferentiated)

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria umum untuk diagnosis skizofrenia.
- Tidak memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia paranoid, hebefrenik, atau katatonik;
- Tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia residual atau depresi pasca-skizofrenia.

F20.4 Depresi Pasca-skizofrenia

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis harus ditegakkan hanya kalau :
  (a) pasien telah menderita skizofrenia (yang memenuhi kriteria umum skizofrenia) selama 12 bulan terakhir ini;
  (b) beberapa gejala skizofrenia masih tetap ada (tetapi tidak lagi mendominasi gambaran klinisnya); dan
  (c) gejala-gejala depresif menonjol dan mengganggu, memenuhi paling sedikit kriteria untuk episode depresif (F32.-), dan telah ada dalam kurun waktu paling sedikit 2 minggu.
- Apabila pasien tidak lagi menunjukkan gejala skizofrenia, diagnosis menjadi Episode Depresif (F32.-). Bila gejala skizofrenia masih jelas dan menonjol, diagnosis harus tetap salah satu dari subtipe skizofrenia yang sesuai (F20.0-F20.3).

F20.5 Skizofrenia Residual

Pedoman Diagnostik

- Untuk suatu diagnosis yang meyakinkan, persyaratan berikut ini harus dipenuhi semua :
  (a) gejala "negatif" dari skizofrenia yang menonjol, misalnya perlambatan psikomotorik, aktivitas menurun, afek yang menumpul, sikap pasif dan ketiadaan inisiatif, kemiskinan dalam kuantitas atau isi pembicaraan, komunikasi non-verbal yang buruk seperti dalam ekspresi muka, kontak mata, modulasi suara, dan posisi tubuh, perawatan diri dan kinerja sosial yang buruk;
  (b) sedikitnya ada riwayat satu episode psikotik yang jelas di masa lampau yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia;
  (c) sedikitnya sudah melampaui kurun waktu satu tahun dimana intensitas dan frekuensi gejala yang nyata seperti waham dan halusinasi telah sangat berkurang (minimal) dan telah timbul sindrom "negatif" dari skizofrenia;
  (d) tidak terdapat dementia atau penyakit/gangguan otak organik lain, depresi kronis atau institusionalisasi yang dapat menjelaskan disabilitas negatif tersebut.

F20.6 Skizofrenia Simpleks

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis skizofrenia simpleks sulit dibuat secara meyakinkan karena tergantung pada pemantapan perkembangan yang berjalan perlahan dan progresif dari:
  - gejala "negatif" yang khas dari skizofrenia residual (lihat F20.5 diatas) tanpa didahului riwayat halusinasi, waham, atau manifestasi lain dari eposide psikotik, dan
  - disertai dengan perubahan-perubahan perilaku pribadi yang bermakna, bermanifestasi sebagai kehilangan minat yang mencolok, tidak berbuat sesuatu, tanpa tujuan hidup, dan penarikan diri secara sosial.
- Gangguan ini kurang jelas gejala psikotiknya dibandingkan sub tipe skizifrenia lainnya.

F20.8 Skizofrenia Lainnya

F20.9 Skizofrenia YTT

F21 GANGGUAN SKIZOTIPAL

Pedoman Diagnostik

- Rubrik diagnostik ini tidak dianjurkan untuk digunakan secara umum karena tidak dibatasi secara tegas dengan **skizofrenia simpleks** atau dengan **gangguan kepribadian skizoid atau paranoid.**
- Bila istilah ini digunakan untuk diagnosis, tiga atau empat gejala khas berikut ini harus sudah ada, secara terus menerus atau secara episodik, sedikitnya untuk 2 tahun lamanya :
  (a) afek yang tidak wajar atau yang menyempit / "constricted" (individu tampak dingin dan acuh tak acuh)
  (b) perilaku atau penampilan yang aneh, eksentrik atau ganjil
  (c) hubungan sosial yang buruk dengan orang lain dan tendensi menarik diri dari pergaulan sosial;
  (d) kepercayaan yang aneh atau pikiran bersifat magik, yang mempengaruhi perilaku dan tidak serasi dengan norma-norma budaya setempat;
  (e) kecurigaan atau ide-ide paranoid;
  (f) pikiran obsesif berulang-ulang yang tak terkendali, sering dengan isi yang bersifat "dysmorphophobic" (keyakinan tentang bentuk tubuh yang tidak normal/ buruk dan tidak terlihat secara objektif oleh orang lain), seksual atau agresif;
  (g) persepsi-persepsi pancaindera yang tidak lazim termasuk mengenai tubuh (somatosensory) atau ilusi-ilusi lain, depersonalisasi atau derealisasi;
  (h) pikiran yang bersifat samar-samar (vague), berputar-putar (circumstantial), penuh kiasan (metaphorical),

sangat terinci dan ruwet (overelaborate), atau stereotipik, yang bermanifestasi dalam pembicaraan yang aneh atau cara lain , tanpa inkoheransi yang jelas dan nyata;

(i) sewaktu-waktu ada episode menyerupai keadaan psikotik yang bersifat sementara dengan ilusi, halusinasi auditorik atau lainnya yang bertubi-tubi, dan gagasan yang mirip waham, biasanya terjadi tanpa provokasi dari luar.

- Individu harus tidak pernah memenuhi kriteria skizofrenia dalam stadium manapun.
- Suatu riwayat skizofrenia pada salah seorang anggota keluarga terdekat memberikan bobot tambahan untuk diagnosis ini, tetapi bukan merupakan suatu prasyarat.

Termasuk : skizofrenia ambang
Skizofrenia laten
Skizofrenia pseudoneurotik
Skizofrenia pseudopsikopatik
gangguan kepribadian skizotipal

F22. GANGGUAN WAHAM MENETAP

- kelompok ini meliputi serangkaian gangguan dengan waham-waham yang berlangsung lama, sebagai **satu-satunya** gejala klinis yang khas atau yang paling mencolok dan tidak dapat digolongkan sebagai gangguan mental organik, skizofrenik, atau gangguan afektif.
- pentingnya faktor genetik, ciri-ciri kepribadian dan situasi kehidupan dalam pembentukan gangguan kelompok ini tidak pasti dan mungkin bervariasi.

F22.0 Gangguan Waham

Pedoman Diagnostik

- Waham-waham merupakan satu-satunya ciri khas klinis atau gejala yang paling mencolok. Waham-waham tersebut (baik tunggal maupun sebagai suatu sistem waham) harus sudah ada sedikitnya 3 bulan lamanya, dan harus bersifat khas pribadi (personal) dan bukan budaya setempat.
- Gejala-gejala depresif atau bahkan suatu episode depresif yang lengkap / "full-blown" (F32.-) mungkin terjadi secara intermiten, dengan syarat bahwa waham-waham tersebut menetap pada saat-saat tidak terdapat gangguan afektif itu.
- Tidak boleh ada bukti-bukti tentang adanya penyakit otak.
- Tidak boleh ada halusinasi auditorik atau hanya kadang-kadang saja ada dan bersifat sementara.
- Tidak ada riwayat gejala-gejala skizofrenia (waham dikendalikan, siar pikiran, penumpulan afek, dsb.)

Termasuk : paranoia; psikosis paranoid; keadaan paranoid; parafrenia
Diagnosis Banding :
- Gangguan kepribadian paranoid (F60.0)
- Gangguan psikotik akut lainnya dengan predominan waham (F23.3)
- Skizofrenia paranoid (F20.0)

F22.8 Gangguan Waham Menetap Lainnya

- kategori sisa untuk gangguan-gangguan waham menetap yang tidak memenuhi kriteria untuk Gangguan Waham (F22.0).
- gangguan waham yang berlangsung kurang dari 3 bulan lamanya, tidak memenuhi kriteria skizofrenia, harus dimasukkan dalam kode F23.- (gangguan psikotik akut dan sementara), walaupun untuk sementara.

F22.9 Gangguan Waham Menetap YTT

F23 GANGGUAN PSIKOTIK AKUT dan SEMENTARA

Pedoman Diagnostik

- Menggunakan urutan diagnosis yang mencerminkan urutan prioritas yang diberikan untuk ciri-ciri utama terpilih dari gangguan ini. Urutan prioritas yang dipakai ialah :
  (a) onset yang akut (dalam masa 2 minggu atau kurang = jangka waktu gejala-gejala psikotik menjadi nyata dan mengganggu sedikitnya beberapa aspek kehidupan dan pekerjaan sehari-hari, tidak termasuk periode prodromal yang gejalanya sering tidak jelas) sebagai ciri khas yang menentukan seluruh kelompok;
  (b) adanya sindrom yang khas (berupa "**polimorfik**" = beraneka-ragam dan berubah cepat, atau "**schizophrenia-like**" = gejala skizofrenik yang khas);
  (c) adanya stres akut yang berkaitan (tidak selalu ada, sehingga dispesifikasi dengan karakter ke 5; .x0=Tanpa penyerta stres akut; .x1=Dengan penyerta stres akut). Kesulitan atau problem yang berkepanjangan tidak boleh dimasukkan sebagai sumber stres dalam konteks ini;
  (d) tanpa diketahui berapa lama gangguan akan berlangsung;
- Tidak ada gangguan dalam kelompok ini yang memenuni kriteria episode manik (F30.-) atau Episode depresif (F32.-), walaupun perubahan emosional dan gejala-gejala afektif indiyidual dapat menonjol dari waktu kè waktu.
- Tidak ada penyebab organik, seperti trauma kapitis, delirium, atau demensia. Tidak merupakan intoksikasi akibat penggunaan alkohol atau obat-obatan.

F23.0 Gangguan Psikotik Polimorfik Akut tanpa Gejala Skizofrenia

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti harus memenuhi :
  (a) onset harus akut (dari suatu keadaan nonpsikotik sampai keadan psikotik yang jelas dalam kurun waktu 2 minggu atau kurang);
  (b) harus ada beberapa jenis halusinasi atau waham, yang berubah dalam jenis dan intensitasnya dari hari ke hari atau dalam hari yang sama;
  (c) harus ada keadaan emosional yang sama beraneka ragamnya;
  (d) walaupun gejala-gejalanya beraneka ragam, tidak satupun dari gejala itu ada secara cukup konsisten dapat memenuhi kriteria skizofrenia (F20.-) atau episode manik (F30.-) atau episode depresif (F32.-).

F23.1 Gangguan Psikotik Polimorfik Akut dengan Gejala Skizofrenia

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria (a), (b), dan (c) diatas yang khas untuk gangguan psikotik polimorfik akut (F23.0);
- Disertai gejala-gejala yang memenuhi kriteria untuk diagnosis skizofrenia (F20.-) yang harus sudah ada untuk sebagaian besar waktu sejak munculnya gambaran klinis psikotik itu secara jelas;
- Apabila gejala-gejala skizofrenia menetap untuk lebih dari 1 bulan maka diagnosis harus diubah menjadi skizofrenia (F20.-)

F23.2 Gangguan Psikotik Lir-skizofrenia (schizophrenia-like) Akut

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti harus memenuhi :
  (a) onset gejala psikotik harus akut (2 minggu atau kurang, dari suatu keadaan nonpsikotik menjadi keadaan yang jelas psikotik);
  (b) gejala-gejala yang memenuhi kriteria untuk skizofrenia (F20.-) harus sudah ada untuk sebagian besar waktu sejak berkembangnya gambaran klinis yang jelas psikotik;
  (c) kriteria untuk psikosis polimorfik akut tidak terpenuhi.
- Apabila gejala-gejala skizofrenia menetap untuk kurun waktu lebih dari 1 bulan lamanya, maka diagnosis harus dirubah menjadi skizofrenia (F20.-).

Diagnosis Banding : – Gangguan waham organik (F06.2);
– Gangguan skizofrenia lainnya (F20.8)

F23.3 Gangguan Psikotik Akut Lainnya dengan Predominan Waham

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti harus memenuhi :
  (a) onset dari gejala psikotik harus akut (2 minggu atau kurang dari keadaan nonpsikotik sampai jelas psikotik);
  (b) waham dan halusinasi harus sudah ada dalam sebagian besar waktu sejak berkembangnya keadaan psikotik yang jelas; dan
  (c) baik kriteria untuk skizofrenia (F20.-) maupun untuk gangguan psikotik polimorfik akut (F23.-) tidak terpenuhi
- Kalau waham-waham menetap untuk *lebih dari 3 bulan* lamanya, maka diagnosis harus diubah menjadi *Gangguan Waham Menetap* (F22.-). Apabila hanya halusinasi yang menetap untuk lebih dari 3 bulan lamanya, maka diagnosis harus diubah menjadi *Gangguan Psikotik Nonorganik Lainnya* (F28).

F23.8 Gangguan Psikotik Akut dan Sementara Lainnya

- gangguan psikotik akut lain yang tidak dapat diklasifikasi ke dalam kategori manapun dalam F23.

F23.9 Gangguan Psikotik Akut dan Sementara YTT

F24 GANGGUAN WAHAM INDUKSI

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis gangguan waham karena induksi harus dibuat hanya jika :
  (a) dua orang atau lebih mengalami waham atau sistem waham yang sama,dan saling mendukung dalam keyakinan waham itu;
  (b) mereka mempunyai hubungan dekat yang tak lazim dalam bentuk seperti diuraikan diatas;
  (c) ada bukti dalam kaitan waktu atau konteks lainnya bahwa waham tersebut diinduksi pada anggota yang pasif dari suatu pasangan atau kelompok melalui kontak dengan anggota yang aktif (hanya satu orang anggota aktif yang menderita gangguan psikotik yang sesungguhnya, waham diinduksi pada anggota pasif, dan biasanya waham tersebut menghilang bila mereka dipisahkan)
- Jika ada alasan untuk percaya bahwa dua orang yang tinggal bersama mempunyai *gangguan psikotik yang terpisah* maka tidak satupun diantaranya boleh dimasukkan dalam kode diagnosis ini , walaupu beberapa diantara waham-waham itu diyakini bersama.

F25 GANGGUAN SKIZOAFEKTIF

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis gangguan skizoafektif hanya dibuat apabila gejala-gejala definitif adanya skizofrenia dan gangguan afektif *sama-sama menonjol pada saat yang bersamaan* (simultaneously), atau dalam beberapa hari yang satu sesudah yang lain, dalam satu episode penyakit yang sama, dan bilamana, sebagai konsekuensi dari ini, episode penyakit tidak memenuhi kriteria baik skizofrenia maupun episode manik atau depresif.
- Tidak dapat digunakan untuk pasien yang menampilkan gejala skizofrenia dan gangguan afektif tetapi dalam episode penyakit yang berbeda.
- Bila seorang pasien skizofrenik menunjukkan gejala depresif setelah mengalami suatu episode psikotik, diberi kode diagnosis F20.4 (Depresi Pasca-skizofrenia).
  Beberapa pasien dapat mengalami episode skizoafektif berulang, baik berjenis manik (F25.0) maupun depresif (F25.1) atau campuran dari keduanya (F25.2). Pasien lain mengalami satu atau dua episode skizoafektif terselip di antara episode manik atau depresif (F30-F33).

F25.0 Gangguan Skizoafektif Tipe Manik

Pedoman Diagnostik

- Kategori ini digunakan baik untuk episode skizoafektif tipe manik yang *tunggal* maupun untuk gangguan *berulang* dengan sebagaian besar episode skizoafektif tipe manik.
- Afek harus meningkat secara menonjol atau ada peningkatan afek yang tak begitu menonjol dikombinasi dengan iritabilitas atau kegelisahan yang memuncak.
- Dalam episode yang sama harus jelas ada sedikitnya satu, atau lebih baik lagi dua, gejala skizofrenia yang khas (sebagaimana ditetapkan untuk skizofrenia, F20.- pedoman diagnostik (a) sampai dengan (d)).

F25.1 Gangguan Skizoafektif Tipe Depresif

Pedoman Diagnostik

- Kategori ini harus dipakai baik untuk episode skizoafektif tipe depresif yang *tunggal*, dan untuk gangguan *berulang* dimana sebagain besar episode didominasi oleh skizoafektif tipe depresif.
- Afek Depresif harus menonjol, disertai oleh sedikitnya dua gejala khas, baik depresif maupun kelainan perilaku terkait seperti tercantum dalam uraian untuk episode depresif (F32);
- Dalam episode yang sama, sedikitnya harus jelas ada satu, dan sebaiknya ada dua, gejala khas skizofrenia (sebagaimana ditetapkan dalam pedoman diagnostik skizofrenia,F20.-, (a) sampai (d)).

F25.2 Gangguan Skizoafektif Tipe Campuran

- gangguan dengan gejala-gejala skizofrenia (F20.-) berada secara bersama-sama dengan gejala-gejala afektif bipolar campuran (F31.6).

F25.8 Gangguan Skizoafektif Lainnya

F25.9 Gangguan Skizoafektif YTT

F28 GANGGUAN PSIKOTIK NON-ORGANIK LAINNYA

- gangguan psikotik yang tidak memenuhi kriteria untuk skizofrenia (F20.-) atau untuk gangguan afektif yang bertipe psikotik (F30-F39), dan gangguan-gangguan psikotik yang tidak memenuhi kriteria gejala untuk gangguan waham menetap (F22).

F29 GANGGUAN PSIKOTIK NON-ORGANIK YTT

F30 - F39
GANGGUAN SUASANA PERASAAN (MOOD [AFEKTIF])

F30 EPISODE MANIK

F30.0 Hipomania
F30.1 Mania tanpa gejala psikotik
F30.2 Mania dengan gejala psikotik
F30.8 Episode manik lainnya
F30.9 Episode manik YTT

F31 GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR

F31.0 Gangguan afektif bipolar, episode kini hipomanik
F31.1 Gangguan afektif bipolar, episode kini manik tanpa gejala psikotik
F31.2 Gangguan afektif bipolar, episode kini manik dengan gejala psikotik
F31.3 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresif ringan atau sedang
.30 Tanpa gejala somatik
.31 Dengan gejala somatik
F31.4 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresif berat tanpa gejala psikotik
F31.5 Gangguan afektif bipolar, episode kini depresif berat dengan gejala psikotik
F31.6 Gangguan afektif bipolar, episode kini campuran
F31.7 Gangguan afektif bipolar, kini dalam remisi
F31.8 Gangguan afektif bipolar lainnya
F31.9 Gangguan afektif bipolar YTT

F32 EPISODE DEPRESIF

F32.0 Episode depresif ringan
.00 Tanpa gejala somatik
.01 Dengan gejala somatik
F32.1 Episode depresif sedang
.10 Tanpa gejala somatik
.11 Dengan gejala somatik
F32.2 Episode depresif berat tanpa gejala psikotik
F32.3 Episode depresif berat dengan gejala psikotik
F32.8 Episode depresif lainnya
F32.9 Episode depresif YTT

F33 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG

F33.0 Gangguan depresif berulang, episode kini ringan
.00 Tanpa gejala somatik
.01 Dengan gejala somatik
F33.1 Gangguan depresif berulang, episode kini sedang
.10 Tanpa gejala somatik
.11 Dengan gejala somatik
F33.2 Gangguan depresif berulang, episode kini berat tanpa gejala psikotik
F33.3 Gangguan depresif berulang, episode kini berat dengan gejala psikotik
F33.4 Gangguan depresif berulang, kini dalam remisi
F33.8 Gangguan depresif berulang lainnya
F33.9 Gangguan depresif berulang YTT

F34 GANGGUAN SUASANA PERASAAN (MOOD [AFEKTIF]) MENETAP

F34.0 Siklotimia
F34.1 Distimia
F34.8 Gangguan suasana perasaan (mood [afektif]) menetap lainnya
F34.9 Gangguan suasana perasaan (mood [afektif]) menetap YTT

F38 GANGGUAN SUASANA PERASAAN (MOOD [AFEKTIF]) LAINNYA

F38.0 Gangguan suasana perasaan (mood [afektif]) tunggal lainnya
.00 Episode afektif campuran
F38.1 Gangguan suasana perasaan (mood [afektif]) berulang lainnya
.10 Gangguan depresif singkat berulang
F38.8 Gangguan suasana perasaan (mood [afektif]) lainya YDT

F39 GANGGUAN SUASANA PERASAAN (MOOD [AFEKTIF]) YTT

YDT = Yang Di–Tentukan (specified)
YTT = Yang Tidak Tergolongkan (unspecified)

GANGGUAN SUASANA PERASAAN
(GANGGUAN AFEKTIF/"MOOD")

- Kelainan fundamental dari kelompok gangguan ini adalah perubahan suasana perasaan (mood) atau afek, biasanya kearah *depresi* (dengan atau tanpa anxietas yang menyertainya), atau kearah *elasi* (suasana perasaan yang meningkat). Perubahan afek ini biasanya disertai dengan suatu perubahan pada keseluruhan tingkat aktivitas, dan kebanyakan gejala lainnya adalah sekunder terhadap perubahan itu, atau mudah dipahami hubungannya dengan perubahan tersebut.
- Blok ini menguraikan gangguan afek pada *semua kelompok usia*, maka gangguan yang terjadi pada masa kanak dan remaja harus diberi kode disini.
- Gangguan afektif dibedakan menurut :
  - episode tunggal atau multipel;
  - tingkat keparahan gejala;
    - mania dengan gejala psikotik--> mania tanpa gejala psikotik--> hipomania;
    - depresi ringan, sedang, berat tanpa gejala psikotik--> berat dengan gejala psikotik;
  - dengan atau tanpa gejala somatik;

F30 EPISODE MANIK

- Kesamaan karakteristik dalam afek yang meningkat, disertai peningkatan dalam jumlah dan kecepatan aktivitas fisik dan mental, dalam berbagai derajat keparahan. Kategori ini hanya untuk satu episode manik *tunggal* (yang pertama), termasuk gangguan efektif bipolar, episode manik tunggal. Jika ada episode afektif (depresif, manik, atau hipomanik) sebelumnya atau sesudahnya, termasuk gangguan afektif bipolar (F31.-).

F30.0 Hipomania

Pedoman Diagnostik

- Derajat gangguan yang lebih ringan dari mania (F30.1), afek yang meninggi atau berubah disertai peningkatan aktivitas, *menetap* selama sekurang-kurangnya beberapa hari berturut-turut, pada suatu derajat intensitas dan yang *bertahan* melebihi apa yang digambarkan bagi siklotimia (F34.0), dan tidak disertai halusinasi atau waham.
- Pengaruh nyata atas kelancaran pekerjaan dan aktivitas sosial memang sesuai dengan diagnosis hipomania, akan tetapi bila kekacauan itu berat atau menyeluruh, maka diagnosis mania (F30.1 atau F30.2) harus ditegakkan.

Diagnosis Banding : – Hipertiroidi, Anoreksia Nervosa,
– Masa dini dari "Depresi Agitatif"

F30.1 Mania Tanpa Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Episode harus berlangsung sekurang-kurangnya 1 minggu, dan cukup berat sampai mengacaukan seluruh atau hampir seluruh pekerjaan dan aktivitas sosial yang biasa dilakukan.
- Perubahan afek harus disertai dengan energi yang bertambah sehingga terjadi aktivitas berlebihan, percepatan dan kebanyakan bicara, kebutuhan tidur yang berkurang, ide-ide perihal kebesaran/"grandiose ideas" dan terlalu optimistik.

F30.2 Mania dengan Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Gambaran klinis merupakan bentuk mania yang lebih berat dari F30.1 (mania tanpa gejala psikotik).
- Harga diri yang membumbung dan gagasan kebesaran dapat berkembang menjadi waham kebesaran (delusion of grandeur), iritabilitas dan kecurigaan menjadi waham kejar (delusion of persecution). Waham dan halusinasi "sesuai" dengan keadaan afek tersebut (mood-congruent).

Diagnosis Banding : – Skizofrenia (F20.-)
– Skizoafektif tipe manik (F25.0)
(ketidak-sesuaian gejala afek dengan waham dan halusinasi / "mood-incongruent", sangat menonjol).

F30.8 Episode Manik Lainnya

F30.9 Episode Manik YTT

F31 GANGGUAN AFEKTIF BIPOLAR

- Gangguan ini tersifat oleh episode berulang (sekurang-kurangnya dua episode) dimana afek pasien dan tingkat aktivitasnya jelas terganggu, pada waktu tertentu terdiri dari peningkatan afek disertai penambahan energi dan aktivitas (mania atau hipomania), dan pada waktu lain berupa penurunan afek disertai pengurangan energi dan aktivitas (depresi).
Yang khas adalah bahwa biasanya ada penyembuhan sempurna antar episode. Episode manik biasanya mulai dengan tiba-tiba dan berlangsung antara 2 minggu sampai 4 - 5 bulan, episode depresi cendrung berlangsung lebih lama (rata-rata sekitar 6 bulan) meskipun jarang melebihi 1 tahun kecuali pada orang usia lanjut. Kedua macam episode itu seringkali terjadi setelah peristiwa hidup yang penuh stres atau trauma mental lain (adanya stres tidak esensial untuk penegakkan diagnosis).

- Termasuk : Gangguan atau psikosis manik-depresif
  Tidak termasuk: Gangguan bipolar, episode manik tunggal (F30)

F31.0 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Hipomanik

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk hipomania (F30.0); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif,atau campuran) di masa lampau

F31.1 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik tanpa Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania tanpa gejala psikotik (F30.1); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif,atau campuran) di masa lampau

F31.2 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Manik dengan Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk mania dengan gejala psikotik (F30.2); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif,atau campuran) di masa lampau

F31.3 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Ringan atau Sedang

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif ringan (F32.0) ataupun sedang (F32.1); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau.

F31.4 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat tanpa gejala psikotik (F32.2); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau.

F31.5 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau.

F31.6 Gangguan Afektif Bipolar, Episode Kini Campuran

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti :
  (a) episode yang sekarang menunjukkan gejala-gejala manik, hipomanik, dan depresif yang tercampur atau bergantian dengan cepat (gejala mania/hipomania dan depresi sama-sama mencolok selama masa terbesar dari episode penyakit yang sekarang, dan telah berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu); dan
  (b) harus ada sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik, atau campuran di masa lampau.

F31.7 Gangguan Afektif Bipolar, Kini dalam Remisi

- sekarang tidak menderita gangguan afektif yang nyata selama beberapa bulan terakhir ini,tetapi pernah mengalami sekurang-kurangnya satu episode afektif hipomanik, manik,atau campuran di masa lampau dan ditambah sekurang-kurangnya satu episode afektif lain (hipomanik, manik, depresif, atau campuran).

F31.8 Gangguan Afektif Bipolar Lainnya

F31.9 Gangguan Afektif Bipolar YTT

F32 EPISODE DEPRESIF

- **Gejala utama** (pada derajat ringan, sedang, dan berat) :
  - afek depresif,
  - kehilangan minat dan kegembiraan, dan
  - berkurangnya energi yang menuju meningkatnya keadaan mudah lelah (rasa lelah yang nyata sesudah kerja sedikit saja) dan menurunnya aktivitas.

- **Gejala lainnya :**
  (a) konsentrasi dan perhatian berkurang;
  (b) harga diri dan kepercayaan diri berkurang;
  (c) gagasan tentang rasa bersalah dan tidak berguna;
  (d) pandangan masa depan yang suram dan pesimistis;
  (e) gagasan atau perbuatan membahayakan diri atau bunuh diri;
  (f) tidur terganggu;
  (g) nafsu makan berkurang.

- Untuk episode depresif dari ketiga tingkat keparahan tersebut diperlukan masa sekurang-kurangnya **2 minggu** untuk penegakkan diagnosis, akan tetapi periode lebih pendek dapat dibenarkan jika gejala luar biasa beratnya dan berlangsung cepat.

- Kategori diagnosis episode depresif ringan (F32.0), sedang (F32.1), dan berat (F32.2) hanya digunakan untuk episode depresi *tunggal* (yang pertama). Episode depresif berikutnya harus diklasifikasi di bawah salah satu diagnosis gangguan depresif berulang (F33.-).

F32.0 Episode Depresif Ringan

Pedoman Diagnostik

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti tersebut diatas;
- Ditambah sekurang-kurangnya 2 dari gejala lainnya : (a) sampai dengan (g).
- Tidak boleh ada gejala yang berat diantaranya.
- Lamanya seluruh episode berlangsung sekurang-kurangnya sekitar 2 minggu.
- Hanya sedikit kesulitan dalam pekerjaan dan kegiatan sosial yang biasa dilakukannya.

Karakter kelima : F32.00 = Tanpa gejala somatik
F32.01 = Dengan gejala somatik

F32.1 Episode Depresif Sedang

Pedoman Diagnostik

- Sekurang-kurangnya harus ada 2 dari 3 gejala utama depresi seperti pada episode depresi ringan (F30.0);
- Ditambah sekurang-kurangnya 3 (dan sebaiknya 4) dari gejala lainya;
- Lamanya seluruh episode berlangsung minimum sekitar 2 minggu.
- Menghadapi kesulitan nyata untuk meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan dan urusan rumah tangga.

Karakter kelima : F32.10 = Tanpa gejala somatik
F32.11 = Dengan gejala somatik

F32.2 Episode Depresif Berat tanpa Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Semua 3 gejala utama depresi harus ada.
- Ditambah sekurang-kurangnya 4 dari gejala lainnya, dan beberapa di antaranya harus berintensitas berat.
- Bila ada gejala penting (misalnya agitasi atau retardasi psikomotor) yang mencolok, maka pasien mungkin tidak mau atau tidak mampu untuk melaporkan banyak gejalanya secara rinci.
  Dalam hal demikian, penilaian secara menyeluruh terhadap episode depresif berat masih dapat dibenarkan.
- Episode depresif biasanya harus berlangsung sekurang-kurangnya 2 minggu, akan tetapi jika gejala amat berat dan beronset sangat cepat, maka masih dibenarkan untuk menegakkan diagnosis dalam kurun waktu kurang dari 2 minggu.
- Sangat tidak mungkin pasien akan mampu meneruskan kegiatan sosial, pekerjaan atau urusan rumah tangga, kecuali pada taraf yang sangat terbatas.

F32.3 Episode Depresif Berat dengan Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Episode depresi berat yang memenuhi kriteria menurut F32.2 tersebut diatas;
- Disertai waham, halusinasi atau stupor depresif. Waham biasanya melibatkan ide tentang dosa, kemiskinan atau malapetaka yang mengancam, dan pasien merasa bertanggung jawab atas hal itu. Halusinasi auditorik atau olfatorik biasanya berupa suara yang menghina atau menuduh, atau bau kotoran atau daging membusuk. Retardasi psikomotor yang berat dapat menuju pada stupor.
  Jika diperlukan, waham atau halusinasi dapat ditentukan sebagai serasi atau tidak serasi dengan afek (mood-congruent).

F32.8 Episode Depresif Lainnya

F32.9 Episode Depresif YTT

F33 GANGGUAN DEPRESIF BERULANG

Pedoman Diagnostik

- Gangguan ini tersifat dengan *episode berulang* dari :
  - episode depresi ringan (F32.0)
  - episode depresi sedang (F32.1)
  - episode depresi berat (F32.2 dan F32.3);

  Episode masing-masing rata-rata lamanya sekitar 6 bulan, akan tetapi frekuensinya lebih jarang dibandingkan dengan gangguan bipolar.
- Tanpa riwayat adanya *episode tersendiri* dari peninggian afek dan hiperaktivitas yang memenuhi kriteria mania (F30.1 dan F30.2).

  Namun kategori ini tetap harus digunakan jika ternyata ada episode singkat dari peninggian afek dan hiperaktivitas ringan yang memenuhi kriteria hipomania (F30.0) segera sesudah suatu episode depresif (kadang-kadang tampaknya dicetuskan oleh tindakan pengobatan depresi).
- Pemulihan keadaan biasanya *sempurna* diantara episode, namun sebagian kecil pasien mungkin mendapat depresi yang akhirnya menetap, terutama pada usia lanjut (untuk keadaan ini, kategori ini harus tetap digunakan).
- Episode masing-masing, dalam berbagai tingkat keparahan, seringkali dicetuskan oleh peristiwa kehidupan yang penuh stres atau trauma mental lain (adanya stres tidak esensial untuk penegakkan diagnosis).

Diagnosis Banding : Episode depresif singkat berulang (F38.1)

F33.0 Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Ringan

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti :
  (a) kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33.-) harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif ringan (F32.0); dan
  (b) sekurang-kurangnya *dua episode* telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

Karakter kelima : F33.00 = Tanpa gejala somatik
F33.01 = Dengan gejala somatik

F33.1 Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Sedang

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti :
  (a) kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33.-) harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif sedang (F32.1); dan
  (b) sekurang-kurangnya *dua episode* telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

Karakter kelima : F33.10 = Tanpa gejala somatik
F33.11 = Dengan gejala somatik

F33.2 Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Berat tanpa Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti :
  (a) kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33.-) harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat tanpa gejala psikotik (F32.2); dan
  (b) sekurang-kurangnya *dua episode* telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

F33.3 Gangguan Depresif Berulang, Episode Kini Berat dengan Gejala Psikotik

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti :
  (a) kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33.-) harus dipenuhi, dan episode sekarang harus memenuhi kriteria untuk episode depresif berat dengan gejala psikotik (F32.3); dan
  (b) sekurang-kurangnya *dua episode* telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

F33.4 Gangguan Depresif Berulang, Kini dalam Remisi

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti :
  (a) kriteria untuk gangguan depresif berulang (F33.-) harus pernah dipenuhi di masa lampau, tetapi keadaan sekarang seharusnya *tidak* memenuhi kriteria untuk episode depresif dengan derajat keparahan apa pun atau gangguan lain apa pun dalam F30-F39; dan
  (b) sekurang-kurangnya *dua episode* telah berlangsung masing-masing selama minimal 2 minggu dengan sela waktu beberapa bulan tanpa gangguan afektif yang bermakna.

F33.8 Gangguan Depresif Berulang Lainnya

F33.9 Gangguan Depresif Berulang YTT

F34 GANGGUAN SUASANA PERASAAN (MOOD [AFEKTIF]) MENETAP

F34.0 Siklotimia

Pedoman Diagnostik

- Ciri esensial ialah ketidak-stabilan *menetap* dari afek (suasana perasaan), meliputi banyak periode depresi ringan dan hipomania ringan, di antaranya tidak ada yang cukup parah atau cukup lama untuk memenuhi kriteria gangguan afektif bipolar (F31.-) atau gangguan depresif berulang (F33.-).
- Setiap episode alunan afektif (mood swings) tidak memenuhi kriteria untuk kategori mana pun yang disebut dalam episode manik (F30.-) atau episode depresif (F32.-).

Diagnosis Banding : – Gangguan afektif bipolar (F31.-)
– Gangguan depresif berulang (F33.-)

F34.1 Distimia

Pedoman Diagnostik

- Ciri esensial ialah afek depresif yang berlangsung *sangat lama* yang tidak pernah atau jarang sekali cukup parah untuk memenuhi kriteria gangguan depresif berulang ringan atau sedang (F33.0 atau F33.1).
- Biasanya mulai pada usia dini dari masa dewasa dan berlangsung sekurang-kurangnya beberapa tahun, kadang-kadang untuk jangka waktu tidak terbatas.
  Jika onsetnya pada usia lebih lanjut, gangguan ini seringkali merupakan kelanjutan suatu episode depresif tersendiri (F32.) dan berhubungan dengan masa berkabung atau stres lain yang tampak jelas.

Diagnosis Banding: – Gangguan campuran anxietas-depresi (F41.2)
– Reaksi depresi berkepanjangan (F43.21)
– Skizofrenia residual (F20.5)

F34.8 Gangguan Afektif Menetap Lainnya

- kategori sisa untuk gangguan afektif menetap yang tidak cukup parah atau tidak berlangsung cukup lama untuk memenuhi kriteria siklotimia (34.0) atau distimia (34.1), namun secara klinis bermakna.

F34.9 Gangguan Afektif Menetap YTT

F38 GANGGUAN SUASANA PERASAAN (MOOD [AFEKTIF]) LAINNYA

F38.0 Gangguan Afektif Tunggal Lainnya

- F38.00 = Episode afektif campuran

  Episode afektif yang berlangsung sekurang-kurangnya selama 2 minggu yang bersifat campuran atau pergantian cepat (biasanya dalam beberapa jam) antara gejala hipomanik, manik, dan depresif.

F38.1 Gangguan Afektif Berulang Lainnya

- F38.10 = Gangguan depresif singkat berulang

  Episode depresif singkat yang berulang, muncul kira-kira sekali sebulan selama satu tahun yang lampau.
  Semua episode depresif masing-masing berlangsung kurang dari 2 minggu (yang khas ialah 2 - 3 hari, dengan pemulihan sempurna) tetapi memenuhi kriteria simtomatik untuk episode depresif ringan, sedang, atau berat (F32.0, F32.1, F32.2).

  Diagnosis Banding : – Distimia (F34.1)
  – Episode depresif berkaitan dengan mens truasi (F38.8)

F38.8 Gangguan Afektif Lainnya YDT

- merupakan kategori sisa untuk gangguan afektif yang tidak memenuhi kriteria untuk kategori mana pun dari F30 - F38.1 tersebut diatas.

F38.9 Gangguan Afektif YTT

- untuk dipakai hanya sebagai langkah terakhir, jika tak ada istilah lain yang dapat digunakan.
- termasuk : psikosis afektif YTT

F40 - F48
GANGGUAN NEUROTIK, GANGGUAN SOMATOFORM dan GANGGUAN TERKAIT STRES

F40 GANGGUAN ANXIETAS FOBIK

F40.0 Agorafobia
- .00 Tanpa gangguan panik
- .01 Dengan gangguan panik

F40.1 Fobia sosial
F40.2 Fobia khas (terisolasi)
F40.8 Gangguan anxietas fobik lainnya
F40.9 Gangguan anxeitas fobik YTT

F41 GANGGUAN ANXIETAS LAINNYA

F41.0 Gangguan panik (anxietas paroksismal episodik)
F41.1 Gangguan anxietas menyeluruh
F41.2 Gangguan campuran anxietas dan depresif
F41.3 Gangguan anxietas campuran lainnya
F41.8 Gangguan anxietas lainnya YDT
F41.9 Gangguan anxietas YTT

F42 GANGGUAN OBSESIF-KOMPULSIF

F42.0 Predominan pikiran obsesif atau pengulangan
F42.1 Predominan tindakan kompulsif [obsessional rituals]
F42.2 Campuran pikiran dan tindakan obsesif
F42.8 Gangguan obsesif-kompulsif lainnya
F42.9 Gangguan obsesif-kompulsif YTT

F43 REAKSI TERHADAP STRES BERAT dan GANGGUAN PENYESUAIAN

F43.0 Reaksi stres akut
F43.1 Gangguan stres pasca-trauma
F43.2 Gangguan penyesuaian
- .20 Reaksi depresif singkat
- .21 Reaksi depresif berkepanjangan
- .22 Reaksi campuran anxietas dan depresif
- .23 Dengan predominan gangguan emosi lainnya
- .24 Dengan predominan gangguan tingkah laku
- .25 Dengan gangguan campuran dari emosi dan tingkah laku
- .28 Dengan gejala predominan lainnya YDT

F43.8 Reaksi stres berat lainnya
F43.9 Reaksi stres berat YTT

F44 GANGGUAN DISOSIATIF [KONVERSI]

F44.0 Amnesia disosiatif
F44.1 Fugue disosiatif
F44.2 Stupor disosiatif
F44.3 Gangguan trans dan kesurupan
F44.4 Gangguan motorik disosiatif
F44.5 Konvulsi disosiatif
F44.6 Anestesia dan kehilangan sensorik disosiatif
F44.7 Gangguan disosiatif [konversi] campuran
F44.8 Gangguan disosiatif [konversi] lainnya
- .80 Sindrom Ganser
- .81 Gangguan kepribadian multipel

.82 Gangguan disosiatif [konversi] sementara terjadi pada masa kanak dan remaja
.83 Gangguan disosiatif [konversi] lainnya YDT
F44.9 Gangguan disosiatif [konversi] YTT

F45 GANGGUAN SOMATOFORM
F45.0 Gangguan somatisasi
F45.1 Gangguan somatoform tak terinci
F45.2 Gangguan hipokondrik
F45.3 Disfungsi otonomik somatoform
.30 Jantung dan sistem kardiovaskular
.31 Saluran pencernaan bagian atas
.32 Saluran pencernaan bagian bawah
.33 Sistem pernafasan
.34 Sistem genitourinaria
.38 Sistem atau organ lainnya
F45.4 Gangguan nyeri somatoform menetap
F45.8 Gangguan somatoform lainnya
F45.9 Gangguan somatoform YTT

F48 GANGGUAN NEUROTIK LAINNYA
F48.0 Neurastenia
F48.1 Sindrom depersonalisasi-derealisasi
F48.8 Gangguan neurotik lainnya YDT
F48.9 Gangguan neurotik YTT

GANGGUAN NEUROTIK, GANGGUAN SOMATOFORM dan GANGGUAN TERKAIT STRES

- Gangguan neurotik, gangguan somatoform dan gangguan terkait stres, dikelompokan menjadi satu dengan alasan bahwa dalam sejarahnya ada hubungan dengan perkembangan konsep neurosis dan berbagai kemungkinan penyebab psikologis (psychological causation).

- Konsep mengenai neurosis secara prinsip tidak lagi digunakan sebagai patokan dalam pengaturan penggolongan, meskipun dalam beberapa hal masih diperhitungkan untuk memudahkan bagi mereka yang terbiasa menggunakan istilah neurotik dalam mengidentifikasi berbagai gangguan tersebut.

F40 GANGGUAN ANXIETAS FOBIK

- Anxietas dicetuskan oleh adanya situasi atau objek yang jelas (dari luar individu itu sendiri), yang sebenarnya pada saat kejadian ini tidak membahayakan.
  Kondisi lain (dari diri individu itu sendiri) seperti perasaan takut akan adanya penyakit (nosofobia) dan ketakutan akan perubahan bentuk badan (dismorfofobia) yang tak realistik dimasukkan dalam klasifikasi F45.2 (gangguan hipokondrik).

- Sebagai akibatnya, objek atau situasi tersebut *dihindari* atau dihadapi dengan rasa terancam.

- Secara subjektif, fisiologik dan tampilan perilaku, anxietas fobik tidak berbeda dari anxietas yang lain dan dapat dalam bentuk yang ringan sampai yang berat (serangan panik).

- Anxietas fobik seringkali *berbarengan* (coexist) dengan depresi. Suatu episode depresif seringkali memperburuk keadaan anxietas fobik yang sudah ada sebelumnya. Beberapa episode depresif dapat disertai anxietas fobik yang temporer, sebaliknya afek depresif seringkali menyertai berbagai fobia, khususnya agorafobia. Pembuatan diagnosis tergantung dari mana yang jelas-jelas timbul lebih dahulu dan mana yang lebih dominan pada saat pemeriksaan.

F40.0 Agorafobia

Pedoman Diagnostik

- Semua kriteria dibawah ini harus dipenuhi untuk diagnosis pasti :
  (a) gejala psikologis, perilaku atau otonomik yang timbul harus merupakan *manifestasi primer* dari anxietasnya dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti misalnya waham atau pikiran obsesif;
  (b) anxietas yang timbul harus terbatas pada (terutama terjadi dalam hubungan dengan) setidaknya dua dari situasi berikut: *banyak orang / keramaian, tempat umum, bepergian keluar rumah, dan bepergian sendiri*; dan
  (c) menghindari situasi fobik harus atau sudah merupakan gejala yang menonjol (penderita menjadi *"housebound"*).

Karakter kelima : F40.00 = Tanpa gangguan panik
F40.01 = Dengan gangguan panik

F40.1 Fobia sosial

Pedoman Diagnostik

- Semua kriteria dibawah ini harus dipenuhi untuk diagnosis pasti :
  (a) gejala psikologis, perilaku atau otonomik yang timbul harus merupakan *manifestasi primer* dari anxietasnya dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti misalnya waham atau pikiran obsesif;
  (b) anxietas harus mendominasi atau terbatas pada *situasi sosial tertentu* (outside the family circle); dan
  (c) menghindari situasi fobik harus atau sudah merupakan gejala yang menonjol.
- Bila terlalu sulit membedakan antara fobia sosial dengan agorafobia, hendaknya diutamakan diagnosis *agorafobia* (F40.0).

F40.2 Fobia Khas (Terisolasi)

Pedoman Diagnostik

- Semua kriteria dibawah ini harus dipenuhi untuk diagnosis pasti :
  (a) gejala psikologis, perilaku atau otonomik yang timbul harus merupakan *manifestasi primer* dari anxietasnya dan bukan sekunder dari gejala-gejala lain seperti misalnya waham atau pikiran obsesif;
  (b) anxietas harus *terbatas* pada adanya objek atau situasi fobik *tertentu* (highly specific situations); dan
  (c) situasi fobik tersebut sedapat mungkin *dihindarinya.*
- Pada fobia khas ini umumnya *tidak ada* gejala psikiatrik lain, tidak seperti halnya agorafobia dan fobia sosial.

F40.8 Gangguan Anxietas Fobik Lainnya

F40.9 Gangguan Anxietas Fobik YTT

F41 GANGGUAN ANXIETAS LAINNYA

- Manifestasi anxietas merupakan gejala utama dan *tidak terbatas* (not restricted) pada situasi lingkungan tertentu saja.
- Dapat disertai gejala-gejala depresif dan obsesif, bahkan juga beberapa unsur dari anxietas fobik, asal saja jelas bersifat sekunder atau ringan.

F41.0 Gangguan Panik (Anxietas Paroksismal Episodik)

Pedoman Diagnostik

- Gangguan panik baru ditegakkan sebagai diagnosis utama bila tidak ditemukan adanya gangguan anxietas fobik (F40.-)
- Untuk diagnosis pasti, harus ditemukan adanya beberapa kali serangan anxietas berat (severe attacks of autonomic anxiety) dalam masa kira-kira *satu bulan*:
  (a) pada keadaan-keadaan di mana sebenarnya secara objektif tidak ada bahaya;
  (b) tidak terbatas pada situasi yang telah diketahui atau yang dapat diduga sebelumnya (unpredictable situations);
  (c) dengan keadaan yang relatif bebas dari gejala-gejala anxietas pada periode di antara serangan-serangan panik (meskipun demikian, umumnya dapat terjadi juga *"anxietas antisipatorik,"* yaitu anxietas yang terjadi setelah membayangkan sesuatu yang mengkhawatirkan akan terjadi).

F41.1 Gangguan Cemas Menyeluruh

Pedoman Diagnostik

- Penderita harus menunjukkan anxietas sebagai *gejala primer* yang berlangsung hampir setiap hari untuk beberapa minggu sampai beberapa bulan, yang tidak terbatas atau hanya menonjol pada keadaan situasi khusus tertentu saja (sifatnya "*free floating*" atau "mengambang")
- Gejala-gejala tersebut biasanya mencakup unsur-unsur berikut:
  (a) kecemasan (khawatir akan nasib buruk, merasa seperti di ujung tanduk, sulit konsentrasi, dsb.);
  (b) ketegangan motorik (gelisah, sakit kepala, gemetaran, tidak dapat santai); dan
  (c) overaktivitas otonomik (kepala terasa ringan, berkeringat, jantung berdebar-debar, sesak napas, keluhan lambung, pusing kepala, mulut kering, dsb.).
- Pada anak-anak sering terlihat adanya kebutuhan berlebihan untuk ditenangkan (reassurance) serta keluhan-keluhan somatik berulang yang menonjol.
- Adanya gejala-gejala lain yang sifatnya sementara (untuk beberapa hari), khususnya depresi, *tidak* membatalkan diagnosis utama Gangguan Anxietas Menyeluruh, selama hal tersebut tidak memenuhi kriteria lengkap dari episode depresif (F32.-), gangguan anxietas fobik (F40.-), gangguan panik (F41.0), atau gangguan obsesif-kompulsif (F42.-)

F41.2 Gangguan Campuran Anxietas dan Depresi

Pedoman Diagnostik

- Terdapat gejala-gejala anxietas maupun depresi, di mana masing-masing tidak menunjukkan rangkaian gejala yang cukup berat untuk menegakkan diagnosis tersendiri. Untuk anxietas, beberapa gejala otonomik harus ditemukan walaupun tidak terus menerus, disamping rasa cemas atau kekhawatiran berlebihan.
- Bila ditemukan anxietas berat disertai depresi yang lebih ringan, maka harus dipertimbangkan kategori gangguan anxietas lainnya atau gangguan anxietas fobik.
- Bila ditemukan sindrom depresi dan anxietas yang cukup berat untuk menegakkan masing-masing diagnosis, maka kedua diagnosis tersebut harus dikemukakan, dan diagnosis gangguan campuran tidak dapat digunakan. Jika karena sesuatu hal hanya dapat dikemukakan satu diagnosis maka *gangguan depresif* harus diutamakan.
- Bila gejala-gejala tersebut berkaitan erat dengan stres kehidupan yang jelas, maka harus digunakan kategori F43.2 gangguan penyesuaian.

F41.3 Gangguan Anxietas Campuran Lainnya

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria gangguan anxietas menyeluruh (F41.1) dan juga menunjukkan (meskipun hanya dalam jangka pendek) ciri-ciri yang menonjol dari kategori gangguan F40-F49, akan tetapi tidak memenuhi kriterianya secara lengkap.
- Bila gejala-gejala yang memenuhi kriteria dari kelompok gangguan ini terjadi dalam kaitan dengan perubahan atau stres kehidupan yang bermakna, maka dimasukkan dalam kategori F43.2, gangguan penyesuaian.

F41.8 Gangguan Anxietas Lainnya YDT

F41.9 Gangguan Anxietas YTT

F42 GANGGUAN OBSESIF-KOMPULSIF

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis pasti, gejala-gejala obsesif atau tindakan kompulsif, atau kedua-duanya, harus ada *hampir setiap hari selama sedikitnya dua minggu berturut-turut.*
- Hal tersebut merupakan sumber penderitaan (distress) atau mengganggu aktivitas penderita.
- Gejala-gejala obsesif harus mencakup hal-hal berikut :
  (a) harus *disadari* sebagai pikiran atau impuls *diri sendiri*;
  (b) sedikitnya ada satu pikiran atau tindakan yang *tidak berhasil dilawan*, meskipun ada lainnya yang tidak lagi dilawan oleh penderita;
  (c) pikiran untuk melakukan tindakan tersebut diatas bukan merupakan hal yang memberi kepuasan atau kesenangan (sekedar perasaan lega dari ketegangan atau anxietas, tidak dianggap sebagai kesenangan seperti dimaksud di atas);
  (d) gagasan, bayangan pikiran, atau impuls tersebut harus merupakan pengulangan yang tidak menyenangkan (*unpleasantly repetitive*).
- Ada kaitan erat antara gejala obsesif, terutama pikiran obsesif, dengan depresi. Penderita gangguan obsesif-kompulsif seringkali juga menunjukkan gejala depresif, dan sebaliknya penderita gangguan depresi berulang (F33.-) dapat menunjukkan pikiran-pikiran obsesif selama episode depresif-nya.
  Dalam berbagai situasi dari kedua hal tersebut, meningkat atau menurunnya gejala depresif umumnya dibarengi secara *paralel* dengan perubahan gejala obsesif.
  Bila terjadi episode akut dari gangguan tersebut, maka diagnosis diutamakan dari gejala-gejala yang timbul lebih dahulu.
  Diagnosis gangguan obsesif-kompulsif ditegakkan hanya bila tidak ada gangguan depresif pada saat gejala obsesif kompulsif tersebut timbul.
  Bila dari keduanya tidak ada yang menonjol, maka lebih baik menganggap *depresi* sebagai diagnosis yang primer. Pada gangguan menahun, maka prioritas diberikan pada gejala yang paling bertahan saat gejala yang lain menghilang.
- Gejala obsesif "sekunder" yang terjadi pada gangguan skizofrenia, sindrom Tourette, atau gangguan mental organik, harus dianggap sebagai bagian dari kondisi tersebut.

F42.0 Predominan Pikiran Obsesif atau Pengulangan

Pedoman Diagnostik

- Keadaan ini dapat berupa: gagasan, bayangan pikiran, atau impuls (dorongan perbuatan), yang sifatnya mengganggu (ego alien);
- Meskipun isi pikiran tersebut berbeda-beda, umumnya hampir selalu menyebabkan penderitaan (distress).

F42.1 Predominan Tindakan Kompulsif [Obsessional Rituals]

Pedoman Diagnostik

- Umumnya tindakan kompulsif berkaitan dengan: kebersihan (khususnya mencuci tangan), memeriksa berulang untuk meyakinkan bahwa suatu situasi yang dianggap berpotensi bahaya tidak terjadi, atau masalah kerapihan dan keteraturan.
  Hal tersebut dilatar-belakangi perasaan takut terhadap bahaya yang mengancam dirinya atau bersumber dari dirinya, dan tindakan ritual tersebut merupakan ikhtiar simbolik dan tidak efektif untuk menghindari bahaya tersebut.
- Tindakan ritual kompulsif tersebut menyita banyak waktu sampai beberapa jam dalam sehari dan kadang-kadang berkaitan dengan ketidak-mampuan mengambil keputusan dan kelambanan.

F42.2 Campuran Pikiran dan Tindakan Obsesif

Pedoman Diagnostik

- Kebanyakan dari penderita obsesif-kompulsif memperlihatkan pikiran obsesif serta tindakan kompulsif.
  Diagnosis ini digunakan bilamana kedua hal tersebut *sama-sama menonjol,* yang umumnya memang demikian.
- Apabila salah satu memang jelas lebih dominan, sebaiknya di nyatakan dalam diagnosis F42.0 atau F42.1. Hal ini berkaitan dengan respons yang berbeda terhadap pengobatan.Tindakan kompulsif lebih responsif terhadap terapi perilaku.

F42.8 Gangguan Obsesif-Kompulsif Lainnya

F42.9 Gangguan Obsesif-Kompulsif YTT

F43 REAKSI TERHADAP STRES BERAT DAN GANGGUAN PENYESUAIAN

- Karakteristik dari kategori ini adalah tidak hanya di atas identifikasi dasar simtomatologi dan perjalanan penyakit, akan tetapi juga atas dasar salah satu dari dua *faktor pencetus:*
  - suatu stres kehidupan yang luar biasa, yang menyebabkan *reaksi stres akut*, atau
  - suatu perubahan penting dalam kehidupan, yang menimbulkan situasi tidak nyaman yang berkelanjutan, dengan akibat terjadi suatu *gangguan penyesuaian.*

- Gangguan dalam kategori ini selalu merupakan *konsekuensi langsung* (direct consequence) dari stres akut yang berat atau trauma yang berkelanjutan.
  Stres yang terjadi atau keadaan tidak nyaman yang berkelanjutan merupakan *faktor penyebab utama,* dan tanpa hal itu gangguan tersebut tidak akan terjadi.

- Gangguan-gangguan ini dapat dianggap sebagai *respons maladaptif* terhadap stres berat atau stres berkelanjutan, di mana mekanisme penyesuaian (coping mechanism) tidak berhasil mengatasi sehingga menimbulkan masalah dalam fungsi sosial-nya.

F43.0 Reaksi Stres Akut

Pedoman Diagnostik

- Harus ada kaitan waktu kejadian yang jelas antara terjadinya pengalaman stressor luar biasa (fisik atau mental) dengan onset dari gejala, biasanya setelah beberapa menit atau *segera* setelah kejadian.

- Selain itu ditemukan gejala-gejala :
  (a) terdapat gambaran gejala campuran yang biasanya berubah-ubah; selain *gejala permulaan* berupa keadaan "terpaku" (daze), semua hal berikut dapat terlihat: depresi, anxietas, kemarahan, kecewa, overaktif dan penarikan diri.
  Akan tetapi tidak satupun dari gejala tersebut yang mendominasi gambaran klinisnya untuk waktu yang lama.
  (b) pada kasus-kasus yang dapat dialihkan dari lingkup stressor-nya, gejala-gejala dapat *menghilang dengan cepat* (dalam beberapa jam); dalam hal di mana stres menjadi berkelanjutan atau tidak dapat dialihkan, gejala-gejala biasanya baru mereda setelah 24-48 jam dan biasanya hampir menghilang setelah 3 hari.

- Diagnosis ini tidak boleh digunakan untuk keadaan kambuhan mendadak dari gejala-gejala pada individu yang sudah menunjukkan gangguan psikiatrik lainnya.

- Kerentanan individual dan kemampuan menyesuaikan diri memegang peranan dalam terjadinya atau beratnya suatu reaksi stres akut.

F43.1 Gangguan Stres Pasca-trauma

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis baru ditegakkan bilamana gangguan ini timbul dalam kurun waktu *6 bulan setelah kejadian traumatik berat* (masa laten yang berkisar antara beberapa minggu sampai beberapa bulan, jarang sampai melampaui 6 bulan).
  Kemungkinan diagnosis masih dapat ditegakkan apabila tertundanya waktu mulai saat kejadian dan onset gangguan melebihi waktu 6 bulan, asal saja manifestasi klinisnya adalah khas dan tidak didapat alternatif kategori gangguan lainnya.
- Sebagai bukti tambahan selain trauma, harus didapatkan bayang-bayang atau mimpi-mimpi dari kejadian traumatik tersebut secara berulang-ulang kembali (flashbacks).
- Gangguan otonomik, gangguan afek dan kelainan tingkah laku semuanya dapat mewarnai diagnosis tetapi tidak khas.
- Suatu "sequelae" menahun yang terjadi lambat setelah stres yang luar biasa, misalnya saja beberapa puluh tahun setelah trauma, diklasifikasi dalam kategori F62.0 (perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katastrofa).

F43.2 Gangguan Penyesuaian

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis tergantung pada evaluasi terhadap hubungan antara:
  (a) bentuk, isi, dan beratnya gejala;
  (b) riwayat sebelumnya dan corak kepribadian; dan
  (c) kejadian, situasi yang "stressful",atau krisis kehidupan.
- Adanya faktor ketiga diatas (c) harus jelas dan bukti yang kuat bahwa gangguan tersebut tidak akan terjadi seandainya tidak mengalami hal tersebut.
- Manifestasi dari gangguan bervariasi, dan mencakup afek depresif, anxietas, campuran anxietas-depresif, gangguan tingkah laku, disertai adanya *disabilitas* dalam kegiatan rutin sehari-hari. Tidak ada satupun dari gejala tersebut yang spesifik untuk mendukung diagnosis.
- Onset biasanya terjadi dalam *1 bulan* setelah terjadinya kejadian yang "stressful", dan gejala-gejala biasanya *tidak bertahan melebihi 6 bulan*, kecuali dalam hal reaksi depresif berkepanjangan (F43.21)

Karakter kelima :
- F43.20 = Reaksi depresi singkat
- F43.21 = Reaksi depresi berkepanjangan
- F43.22 = Reaksi campuran anxietas dan depresi
- F43.23 = Dengan predominan gangguan emosi lain
- F43.24 = Dengan predominan gangguan perilaku
- F43.25 = Dengan gg campuran emosi dan perilaku
- F43.28 = Dengan gejala predominan lainnya YDT

F43.8 Reaksi Stres Berat Lainnya

F43.9 Reaksi Stres Berat YTT

F44 GANGGUAN DISOSIATIF (KONVERSI)

- Gejala utama adalah adanya kehilangan (sebagian atau seluruh) dari *integrasi normal* (dibawah kendali kesadaran) antara:
  - ingatan masa lalu,
  - kesadaran identitas dan peng-indera-an segera (awareness of identity and immediate sensations), dan
  - kontrol terhadap gerakan tubuh.
- Pada gangguan disosiatif, kemampuan kendali dibawah kesadaran dan kendali selektif tersebut terganggu sampai taraf yang dapat berlansung dari hari ke hari atau bahkan jam ke jam.

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti maka hal-hal dibawah ini harus ada :
  (a) gambaran klinis yang ditentukan untuk masing-masing gangguan yang tercantum pada F44.-;
  (misalnya F44.0 Amnesia Disosiatif)
  (b) tidak ada bukti adanya gangguan fisik yang dapat menjelaskan gejala-gejala tersebut;
  (c) bukti adanya *penyebab psikologis*, dalam bentuk hubungan kurun waktu yang jelas dengan problem dan kejadian-kejadian yang "stressful" atau hubungan interpersonal yang terganggu (meskipun hal tersebut *disangkal* oleh penderita)

F44.0 Amnesia Disosiatif

Pedoman Diagnostik

- Ciri utama adalah *hilangnya daya ingat*, biasanya mengenai kejadian penting yang baru terjadi (selective), yang bukan disebabkan oleh gangguan mental organik dan terlalu luas untuk dapat dijelaskan atas dasar kelupaan yang umum terjadi atau atas dasar kelelahan.
- Diagnosis pasti memerlukan:
  (a) amnesia, baik total atau parsial, mengenai kejadian yang "stressful" atau traumatik yang *baru terjadi* (hal ini mungkin hanya dapat dinyatakan bila ada *saksi* yang memberi informasi);
  (b) tidak ada gangguan mental organik, intoksikasi atau kelelahan berlebihan (sindrom amnesik organik, F04, F1x.6).
- Yang paling sulit dibedakan adalah *"amnesia buatan"* yang disebabkan oleh simulasi secara sadar (malingering). Untuk itu penilaian secara rinci dan berulang mengenai kepribadian premorbid dan motivasi diperlukan. Amnesia buatan (conscious simulation of amnesia) biasanya berkaitan dengan problema yang jelas mengenai keuangan, bahaya kematian dalam peperangan, atau kemungkinan hukuman penjara atau hukuman mati.

F44.1 Fugue Disosiatif

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti harus ada:
  (a) ciri-ciri amnesia disosiatif (F44.0);
  (b) melakukan *perjalanan tertentu* melampaui hal yang umum dilakukannya sehari-hari; dan
  (c) kemampuan mengurus diri yang dasar tetap ada (makan, mandi, dsb.) dan melakukan interaksi sosial sederhana dengan orang-orang yang belum dikenalnya (misalnya membeli karcis atau bensin, menanyakan arah, memesan makanan).
- Harus dibedakan dari "postictal fugue" yang terjadi setelah serangan epilepsi lobus temporalis, biasanya dapat dibedakan dengan cukup jelas atas dasar riwayat penyakitnya, tidak adanya problem atau kejadian yang "stressful", dan kurang jelasnya tujuan (fragmented) berkepergian serta kegiatan dari penderita epilepsi tersebut.

F44.2 Stupor Disosiatif

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti harus ada :
  (a) stupor, sangat berkurangnya atau hilangnya *gerakan-gerakan volunter dan respon normal terhadap rangsangan luar* seperti misalnya cahaya, suara, dan perabaan (sedangkan kesadaran tidak hilang);
  (b) tidak ditemukan adanya gangguan fisik ataupun gangguan jiwa lain yang dapat menjelaskan keadaan stupor tersebut;
  (c) adanya problem atau kejadian-kejadian baru yang "stressful" *(psychogenic causation)*.
- Harus dibedakan dari stupor katatonik (pada skizofrenia), dan stupor depresif atau manik (pada gangguan afektif, berkembang sangat lambat, sudah jarang ditemukan).

F44.3 Gangguan Trans dan Kesurupan

Pedoman Diagnostik

- Gangguan ini menunjukkan adanya kehilangan sementara aspek *penghayatan akan identitas diri* dan *kesadaran terhadap lingkungannya*; dalam beberapa kejadian, individu tersebut berperilaku seakan-akan dikuasai oleh kepribadian lain, kekuatan gaib, malaikat atau "kekuatan lain".
- Hanya gangguan trans yang "involunter" (diluar kemauan individu) dan bukan merupakan aktivitas yang biasa, dan bukan merupakan kegiatan keagamaan ataupun budaya, yang boleh dimasukkan dalam pengertian ini.
- Tidak ada penyebab organik (misalnya, epilepsi lobus temporalis, cedera kepala, intoksikasi zat psikoaktif) dan bukan bagian dari gangguan jiwa tertentu (misalnya, skizofrenia, gangguan kepribadian multipel).

F44.4 Gangguan Motorik Disosiatif

- bentuk yang paling umum dari gangguan ini adalah ketidak mampuan untuk menggerakkan seluruh atau sebagaian dari anggota gerak (tangan atau kaki).
- gejala tersebut seringkali menggambarkan konsep dari penderita mengenai gangguan fisik yang *berbeda* dengan prinsip fisiologik maupun anatomik.

F44.5 Konvulsi Disosiatif

- konvulsi disosiatif *(pseudo seizures)* dapat sangat mirip dengan kejang epileptik dalam hal gerakan-gerakannya, akan tetapi sangat jarang disertai lidah tergigit, luka serius karena jatuh saat serangan dan mengompol. Juga *tidak dijumpai kehilangan kesadaran* atau hal tersebut diganti dengan keadaan seperti stupor atau trans.

F44.6 Anestesia dan Kehilangan Sensorik Disosiatif

- gejala anestesi pada kulit seringkali mempunyai batas-batas yang tegas (menggambarkan pemikiran pasien mengenai fungsi tubuhnya dan bukan menggambarkan kondisi klinis sebenarnya).
- dapat pula terjadi perbedaan antara hilangnya perasaan pada berbagai jenis modalitas peng-inderaan yang *tidak mungkin* disebabkan oleh kerusakan neurologis, misalnya hilangnya perasaan dapat disertai dengan keluhan parestesia.
- kehilangan penglihatan jarang bersifat total, lebih banyak berupa gangguan ketajaman penglihatan, kekaburan atau *"tunnel vision"* (area lapangan pandangan sama, tidak tergantung pada perubahan jarak mata dari titik fokus). Meskipun ada gangguan penglihatan, mobilitas penderita dan kemampuan motoriknya seringkali masih baik.
- tuli disosiatif dan anosmia jauh lebih jarang terjadi dibandingkan dengan hilang rasa dan penglihatan.

F44.7 Gangguan Disosiatif [Konversi] Campuran

- campuran dari gangguan-gangguan tersebut diatas (F44.0-F44.6)

F44.8 Gangguan Disosiatif [Konversi] Lainnya

F44.80 = Sindrom Ganser (ciri khas : "approximate answers", disertai beberapa gejala disosiatif lain)
F44.81 = Gangguan kepribadian multipel
F44.82 = Gangguan disosiatif [konversi] sementara masa kanak dan remaja
F44.88 = Gangguan disosiatif [konversi] lainnya YDT, (termasuk: psychogenic confusion, twilight state)

F44.9 Gangguan Disosiatif [Konversi] YTT

F45 GANGGUAN SOMATOFORM

- Ciri utama gangguan ini adalah adanya *keluhan-keluhan gejala fisik yang berulang-ulang* disertai dengan *permintaan pemeriksaan medik*, meskipun sudah berkali-kali terbukti hasilnya negatif dan juga sudah dijelaskan oleh dokternya bahwa tidak ditemukan kelainan yang menjadi dasar keluhannya.
  Penderita juga *menyangkal dan menolak* untuk membahas kemungkinan kaitan antara keluhan fisiknya dengan problem atau konflik dalam kehidupan yang dialaminya, bahkan meskipun didapatkan gejala-gejala anxietas dan depresi.
- Tidak adanya saling pengertian antara dokter dan pasien mengenai kemungkinan penyebab keluhan-keluhannya menimbulkan frustrasi dan kekecewaan pada kedua belah pihak.

F45.0 Gangguan Somatisasi

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis pasti memerlukan semua hal berikut:
  (a) adanya *banyak keluhan-keluhan fisik yang bermacam-macam* yang tidak dapat dijelaskan atas dasar adanya kelainan fisik, yang sudah berlangsung *sedikitnya 2 tahun;*
  (b) tidak mau menerima nasehat atau penjelasan dari beberapa dokter bahwa *tidak ada kelainan fisik* yang dapat menjelaskan keluhan-keluhannya;
  (c) terdapat *disabilitas* dalam fungsinya di masyarakat dan keluarga, yang berkaitan dengan sifat keluhan-keluhannya dan dampak dari perilakunya.

F45.1 Gangguan Somatoform Tak Terinci

Pedoman Diagnostik

- Keluhan-keluhan fisik bersifat multipel, bervariasi dan menetap, akan tetapi gambaran klinis yang khas dan lengkap dari gangguan somatisasi *tidak terpenuhi*;
- Kemungkinan ada ataupun tidak faktor penyebab psikologis belum jelas, akan tetapi tidak boleh ada penyebab fisik dari keluhan-keluhannya.

F45.2 Gangguan Hipokondrik

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti, kedua hal ini harus ada:
  (a) *keyakinan yang menetap* adanya sekurang-kurangnya satu penyakit fisik yang serius yang melandasi keluhan-keluhannya, meskipun pemeriksaan yang berulang-ulang tidak menunjang adanya alasan fisik yang memadai, ataupun adanya *preokupasi yang menetap* kemungkinan deformitas atau perurubahan bentuk penampakan fisiknya (tidak sampai waham);
  (b) *tidak mau menerima* nasehat atau dukungan penjelasan dari beberapa dokter bahwa tidak ditemukan penyakit atau abnormalitas fisik yang melandasi keluhan-keluhannya.

F45.3 Disfungsi Otonomik Somatoform

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis pasti memerlukan semua hal berikut:
  (a) adanya gejala-gejala bangkitan otonomik, seperti palpitasi, berkeringat, tremor, muka panas/"flushing", yang *menetap dan mengganggu*;
  (b) gejala subjektif tambahan mengacu pada sistem atau organ tertentu (gejala tidak khas);
  (c) preokupasi dengan dan penderitaan (distress) mengenai *kemungkinan adanya gangguan yang serius* (sering tidak begitu khas) dari sistem atau organ tertentu, yang tidak terpengaruh oleh hasil pemeriksaan-pemeriksaan berulang, maupun penjelasan-penjelasan dari para dokter;
  (d) tidak terbukti adanya gangguan yang cukup bearti pada struktur/fungsi dari sistem atau organ yang dimaksud.

Karakter kelima: F45.30 = Jantung dan sistem kardiovaskuler
F45.31 = Saluran pencernaan bagian atas
F45.32 = Saluran pencernaan bagian bawah
F45.33 = Sistem pernapasan
F45.34 = Sistem genito-urinaria
F45.38 = Sistem atau organ lainnya

F45.4 Gangguan Nyeri Somatoform Menetap

Pedoman Diagnostik

- Keluhan utama adalah nyeri berat, menyiksa dan menetap, yang tidak dapat dijelaskan sepenuhnya atas dasar proses fisiologik maupun adanya gangguan fisik.
- Nyeri timbul dalam hubungan dengan adanya *konflik emosional atau problem psikososial* yang cukup jelas untuk dapat dijadikan alasan dalam mempengaruhi terjadinya gangguan tersebut.
- Dampaknya adalah meningkatnya perhatian dan dukungan, baik personal maupun medis, untuk yang bersangkutan.

F45.8 Gangguan Somatoform Lainnya

Pedoman Diagnostik

- Pada gangguan ini keluhan-keluhannya *tidak melalui sistem saraf otonom*, dan *terbatas* secara spesifik pada bagian tubuh atau sistem tertentu. Ini sangat berbeda dengan Gangguan Somatisasi (F45.0) dan Gangguan Somatoform Tak Terinci (F45.1) yang menunjukkan keluhan yang banyak dan berganti-ganti.
- Tidak ada kaitan dengan adanya kerusakan jaringan.

- Gangguan-gangguan berikut juga dimasukkan dalam kelompok ini:
  (a) "globus hystericus" (perasaan ada benjolan di kerong-kongan yang menyebabkan disfagia) dan bentuk dis-fagia lainnya
  (b) tortikolis psikogenik, dan gangguan gerakan spasmodik lainnya (kecuali sindrom Tourette);
  (c) pruritus psikogenik;
  (d) dismenore psikogenik;
  (e) "Teeth grinding".

F45.9 Gangguan Somatoform YTT

F48 GANGGUAN NEUROTIK LAINNYA

F48.0 Neurastenia

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis pasti memerlukan hal-hal berikut:
  (a) adanya keluhan-keluhan yang *menetap dan menggang-gu* berupa meningkatnya rasa lelah setelah suatu kegiatan mental, atau keluhan mengenai kelemahan badaniah dan kehabisan tenaga hanya setelah kegiatan ringan saja.
  (b) paling sedikit ada *dua* dari hal-hal tersebut dibawah ini:
  - perasaan sakit dan nyeri otot-otot
  - pusing kepala (dizziness)
  - sakit kepala (tension headaches)
  - gangguan tidur
  - tidak dapat bersantai (inability to relax)
  - peka/mudah tersinggung (irritability)
  - dispepsia;

  (c) bila ditemukan *gejala otonomik* ataupun *depresif*, keadaan tersebut tidak cukup menetap dan berat untuk dapat memenuhi kriteria gangguan tersebut agar dapat di-diagnosis secara tersendiri.
- Harus diusahakan terlebih dahulu menyingkirkan kemungkinan gangguan depresif atau gangguan anxietas.

F48.1 Sindrom Depersonalisasi-derealisasi

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti, harus ada salah satu atau dua-duanya dari (a) dan (b), ditambah (c) dan (d):
  (a) gejala *depersonalisasi*, yaitu individu merasa bahwa perasaannya dan/atau pengalamannya terlepas dari dirinya (detached), jauh, bukan dari dirinya, hilang, dsb.;
  (b) gejala *derealisasi*, yaitu objek, orang dan/atau lingkungan menjadi seperti tidak sesungguhnya (unreal), jauh, semu, tanpa warna, tidak hidup, dsb.;
  (c) memahami bahwa hal tersebut merupakan *perubahan spontan dan subjektif*, dan bukan disebabkan oleh kekuatan luar atau orang lain (insight cukup baik);
  (d) peng-inderaan tidak terganggu *(clear sensorium)* dan tidak ada "toxic confusional state" atau epilepsi.
- Harus dapat dibedakan *gangguan lain dengan gejala "change of personality"*, seperti Skizofrenia (F20.-); Gangguan disosiatif (F44.-), Epilepsi lobus temporalis (Pre/post-ictal).

F48.8 Gangguan Neurotik Lainnya YDT

- Kategori ini mencakup gangguan-gangguan campuran dari perilaku, keyakinan, dan emosi yang tidak ada penyebabnya dan status nosologik yang jelas, dan yang terjadi dengan frekuensi tertentu di dalam lingkungan budaya tertentu;

F48.9 Gangguan Neurotik YTT

F50 - F59
SINDROM PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN FISIOLOGIS dan FAKTOR FISIK

F50 GANGGUAN MAKAN

F50.0 Anoreksia nervosa
F50.1 Anoreksia nervosa tak khas
F50.2 Bulimia nervosa
F50.3 Bulimia nervosa tak khas
F50.4 Makan berlebihan yang berhubungan dengan ganguan psikologis lainnya
F50.5 Muntah yang berhubungan dengan gangguan psikologis lainnya
F50.8 Gangguan makan lainnya
F50.9 Gangguan makan YTT

F51 GANGGUAN TIDUR NON-ORGANIK

F51.0 Insomnia non-organik
F51.1 Hipersomia non-organik
F51.2 Gangguan jadwal tidur-jaga non-organik
F51.3 Somnambulisme (sleep walking)
F51.4 Teror tidur (night terrors)
F51.5 Mimpi buruk (nightmares)
F51.8 Gangguan tidur non-organik lainnya
F51.9 Gangguan tidur non-organik YTT

F52 DISFUNGSI SEKSUAL BUKAN DISEBABKAN OLEH GANGGUAN atau PENYAKIT ORGANIK

F52.0 Kurang atau hilangnya nafsu seksual
F52.1 Penolakan dan kurangnya kenikmatan seksual
.10 Penolakan seksual
.11 Kurangnya kenikmatan seksual
F52.2 Kegagalan dari respons genital
F52.3 Disfungsi orgasme
F52.4 Eyakulasi dini
F52.5 Vaginismus non-organik
F52.6 Dispareunia non-organik
F52.7 Dorongan seksual yang berlebihan
F52.8 Disfungsi seksual lainnya, bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik.
F52.9 Disfungsi seksual YTT, bukan disebabkan oleh gangguan atau penyakit organik

F53 GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN MASA NIFAS YTK

F53.0 Gangguan mental dan perilaku ringan yang berhubungan dengan masa nifas YTK
F53.1 Gangguan mental dan perilaku berat yang berhubungan dengan masa nifas YTK
F53.8 Gangguan mental dan perilaku lainnya yang berhubungan dengan masa nifas YTK
F53.9 Gangguan jiwa masa nifas YTT

F54 **FAKTOR PSIKOLOGIS dan PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN atau PENYAKIT YDK**

F55 **PENYALAHGUNAAN ZAT YANG TIDAK MENYEBABKAN KETERGANTUNGAN**

F55.0 Antidepresan
F55.1 Pencahar
F55.2 Analgetika
F55.3 Antasida
F55.4 Vitamin
F55.5 Steroida atau hormon
F55.6 Jamu
F55.8 Zat lainnya yang tidak menyebabkan ketergantungan
F55.9 YTT

F59 **SINDROM PERILAKU YTT YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN FISIOLOGIS dan FAKTOR FISIK**

YDT = Yang Di-Tentukan (specified)
YTT = Yang Tidak Tergolongkan (unspecified)
YDK = Yang Di-Klasifikasi di tempat lain (classified elsewhere)
YTK = Yang Tidak di-Klasifikasi di tempat lain (not elsewhere classified)

SINDROM PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN FISIOLOGIS dan FAKTOR FISIK

F50 GANGGUAN MAKAN

F50.0 Anoreksia Nervosa

Pedoman Diagnostik

- Ciri khas gangguan adalah mengurangi berat badan dengan sengaja, dipacu dan atau dipertahankan oleh penderita.
- Untuk suatu diagnosis yang pasti, dibutuhkan semua hal-hal seperti dibawah ini:
  (a) Berat badan tetap dipertahankan 15 % dibawah yang seharusnya (baik yang berkurang maupun yang tak pernah dicapai), atau "*Quetelet's body-mass index*" adalah 17,5 atau kurang (Quetelet's body-mass index = berat [kg] / tinggi [m]^2). Pada penderita pra-pubertas bisa saja gagal mencapai berat badan yang diharapkan selama periode pertumbuhan.
  (b) Berkurangnya berat badan dilakukan sendiri dengan menghindarkan makanan yang mengandung lemak dan salah satu atau lebih dari hal-hal yang berikut ini:
  - merangsang muntah oleh diri sendiri;
  - menggunakan pencahar (urus-urus);
  - olah raga berlebihan;
  - memakai obat penekan nafsu makan dan / atau diuretika.

  (c) Terdapat *distorsi "body-image"* dalam bentuk psikopatologi yang spesifik dimana ketakutan gemuk terus menerus menyerang penderita, penilaian yang berlebihan terhadap berat badan yang rendah.
  (d) Adanya *gangguan endokrin* yang meluas, melibatkan "hypothalamic-pituitary-gonadal axis", dengan manifestasi pada wanita sebagai amenore dan pada pria sebagai kehilangan minat dan potensi seksual. (Suatu kekecualian adalah pendarahan vagina yang menetap pada wanita yang anoreksia yang menerima terapi hormon, umumnya dalam bentuk pil kontrasepsi). Juga dapat terjadi kenaikan hormon pertumbuhan, naiknya kadar kortisol, perubahan metabolisme periferal dari hormon tiroid, dan sekresi insulin abnormal.
  (e) Jika onset terjadinya pada masa pra-pubertas, perkembangan pubertas tertunda, atau dapat juga tertahan (pertumbuhan berhenti, pada anak perempuan buah dadanya tidak berkembang dan terdapat amenore primer; pada anak laki- laki genitalnya tetap kecil). Pada penyembuhan, pubertas kembali normal, tetapi "menarche" terlambat.

Diagnosis Banding : – Kehilangan nafsu makan organik (R63.0)
– Kehilangan nafsu makan psikogenik (F50.8)

F50.1 Anoreksia Nervosa Tak Khas

- Diagnosis ini digunakan untuk penderita yang *tidak* menunjukan satu atau lebih gambaran utama (key features) dari anoreksia nervosa (F50.0), seperti amenore atau kehilangan berat badan, tetapi masih ada gambaran klinis yang agak khas.
- Penderita yang menunjukkan semua gejala utama (key symptoms), tetapi pada *derajat yang ringan*, juga masuk dalam kategori ini.

F50.2 Bulimia Nervosa

Pedoman Diagnostik

- Untuk diagnosis pasti, dibutuhkan semua berikut ini:
  (a) Terdapat preokupasi yang menetap untuk makan, dan ketagihan (craving) terhadap makanan yang tidak bisa dilawan; penderita tidak berdaya terhadap datangnya *episode makan berlebihan* dimana makanan dalam jumlah yang besar dimakan dalam waktu yang singkat.
  (b) Pasien berusaha melawan efek kegemukkan dengan salah satu atau lebih cara seperti berikut:
  - merangsang muntah oleh diri sendiri,
  - menggunakan pencahar berlebihan,
  - puasa berkala,
  - memakai obat-obatan seperti penekan nafsu makan, sediaan tiroid atau diuretika. Jika terjadi pada penderita diabetes, mereka akan mengabaikan pengobatan insulinnya.

  (c) Gejala psikopatologi-nya terdiri dari ketakutan yang luas biasa akan kegemukkan dan penderita mengatur sendiri batasan yang ketat dari ambang berat badannya, sangat dibawah berat badan sebelum sakit dianggap berat badan yang sehat atau optimal.
  Seringkali, tetapi tidak selalu, ada riwayat *episode anoreksia nervosa* sebelumnya, interval antara ke dua gangguan tersebut berkisar antara beberapa bulan sampai beberapa tahun. Episode sebelumnya ini dapat jelas terungkap, atau dalam bentuk ringan yang tersembunyi dengan kehilangan berat badan yang sedang dan atau suatu fase sementara dari amenore.
- Bulimia nervosa harus dibedakan dari *gangguan depresif,* walaupun penderita bulimia sering mengalami gejala-gejala depresi.

F50.3 Bulimia Nervosa Tak Khas

- Diagnosis ini digunakan untuk penderita yang *tidak* menunjukan satu atau lebih gambaran utama (key features) dari bulimia nervosa (F50.2), tetapi masih ada gambaran klinis yang agak khas.
- Umumnya hal ini ditujukan pada orang yang mempunyai berat badan normal atau berlebihan, tetapi mengalami *periode khas* kebanyakan makan yang diikuti dengan muntah atau memakai pencahar

F50.4 Makan Berlebihan Yang Berhubungan dengan Gangguan Psikologis Lainnya

- Makan berlebihan sebagai reaksi terhadap hal-hal yang membuat stres (emotionally distressing events), sehingga menimbulkan *"obesitas reaktif"*, terutama pada individu dengan predisposisi untuk bertambah berat badan.
- Obesitas sebagai penyebab timbulnya berbagai gangguan psikologis *tidak termasuk* disini (obesitas dapat menyebabkan seseorang menjadi sensitif terhadap penampilannya dan meningkatkan kurang percaya diri dalam hubungan interpersonal).
- Obesitas sebagai efek samping penggunaan obat-obatan (neuro leptika, antidepresan, dll) juga *tidak termasuk* disini.

F50.5 Muntah Yang Berhubungan dengan Gangguan Psikologis Lainnya

- Selain merangsang muntah oleh diri sendiri pada bulimia nervosa, muntah berulang dapat juga terjadi pada Gangguan Disosiatif (F44.-), Gangguan Hipokondrik (F45.2) dimana muntah merupakan salah satu dari beberapa gejala-gejala fisik. Ini di-diagnosis sesuai dengan *gangguan utamanya.*
- Diagnosis ini termasuk: hiperemesis gravidarum psikogenik, muntah psikogenik.

F50.8 Gangguan Makan Lainnya

- Termasuk: pica non-organik masa dewasa, kehilangan nafsu makan psikogenik.

F50.9 Gangguan Makan YTT

F51 GANGGUAN TIDUR NON-ORGANIK

- Kelompok gangguan in termasuk :
  (a) "**dyssomnia**" = kondisi psikogenik primer dimana gangguan utamanya adalah *jumlah, kualtitas atau waktu tidur* yang disebabkan oleh hal-hal *emosional*, misalnya: insomnia, hipersomnia, gangguan jadwal tidur-jaga; dan
  (b) "**parasomnia**" = peristiwa episodik abnormal yang terjadi selama tidur; (pada kanak-kanak hal ini terkait terutama dengan perkembangan anak, sedangkan pada dewasa terutama pengaruh *psikogenik*)
  misalnya: somnambulisme (sleepwalking),teror tidur (night terrors), mimpi buruk (nightmares).
- Pada kebanyakan kasus, gangguan tidur adalah salah satu gejala dari *gangguan lainnya*, baik mental atau fisik. Walaupun gangguan tidur yang spesifik terlihat secara klinis berdiri sendiri, sejumlah faktor psikiatrik dan atau fisik yang ter kait memberikan kontribusi pada kejadiannya. Secara umum adalah lebih baik membuat diagnosis gangguan tidur yang spesifik bersamaan dengan diagnosis lain yang relevan untuk menjelaskan secara adekuat psikopatologi dan atau patofisiologinya.

F51.0 Insomnia Non-organik

Pedoman Diagnostik

- Hal tersebut dibawah ini diperlukan untuk membuat diagnosis pasti:
  (a) keluhan adanya kesulitan masuk tidur atau mempertahankan tidur, atau kualitas tidur yang buruk;
  (b) gangguan terjadi minimal 3 kali dalam seminggu selama minimal *satu bulan*;
  (c) adanya preokupasi dengan *tidak bisa tidur* (sleeplessness) dan peduli yang berlebihan terhadap *akibatnya* pada malam hari dan sepanjang siang hari;
  (d) ketidak-puasan terhadap kuantitas dan atau kualitas tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan.
- Adanya gejala gangguan jiwa lain seperti depresi, anxietas, atau obsesi tidak menyebabkan diagnosis insomnia diabaikan.
  Semua *ko-morbiditas* harus dicantumkan karena membutuhkan terapi tersendiri.
- Kriteria "lama tidur" (kuantitas) tidak digunakan untuk menentukan adanya gangguan, oleh karena luasnya variasi individual. Lama gangguan yang tidak memenuhi kriteria diatas (seperti pada "*transient insomnia*") tidak di-diagnosis disini, dapat dimasukkan dalam Reaksi Stres Akut (F43.0) atau Gangguan Penyesuaian (F43.2).

F51.1 Hipersomnia Non-organik

Pedoman Diagnostik

- Gambaran klinis di bawah ini adalah esensial untuk diagnosis pasti:
  (a) rasa kantuk pada siang hari yang *berlebihan* atau adanya *serangan tidur* / "sleep attacks" (tidak disebabkan oleh jumlah tidur yang kurang), dan atau *transisi yang memanjang* dari saat mulai bangun tidur sampai sadar sepenuhnya (sleep drunkenness);
  (b) gangguan tidur terjadi *setiap hari* selama lebih dari 1 bulan atau berulang dengan kurun waktu yang lebih pendek, menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan;
  (c) tidak ada gejala tambahan "narcolepsy" (cataplexy, sleep paralysis, hypnagogic hallucination) atau bukti klinis untuk "sleep apnoe" (nocturnal breath cessation, typical intermittent snoring sounds, etc.);
  (d) tidak ada kondisi neurologis atau medis yang menunjukkan gejala rasa kantuk pada siang hari.
- Bila hipersomnia hanya merupakan salah satu gejala dari gangguan jiwa lain, misalnya Gangguan Afektif, maka diagnosis harus sesuai dengan *gangguan yang mendasarinya*. Diagnosis hipersomnia psikogenik harus *ditambahkan* bila hipersomnia merupakan keluhan yang dominan dari penderita dengan gangguan jiwa lainnya.

F51.2 Gangguan Jadwal Tidur-jaga Non-organik

Pedoman Diagnostik

- Gambaran klinis dibawah ini adalah esensial untuk diagnosis pasti:
  (a) pola tidur-jaga dari individu *tidak seirama* (out of synchrony) dengan pola tidur-jaga yang normal bagi masyarakat setempat;
  (b) insomnia pada waktu orang-orang tidur dan hipersomnia pada waktu kebanyakan orang jaga, yang dialami hampir setiap hari untuk sedikitnya 1 bulan atau berulang dengan kurun waktu yang lebih pendek.
  (c) ketidak-puasan dalam kuantitas, kualitas, dan waktu tidur menyebabkan penderitaan yang cukup berat dan mempengaruhi fungsi dalam sosial dan pekerjaan.
- Adanya gejala gangguan jiwa lain, seperti anxietas, depresi, hipomania, tidak menutup kemungkinan diagnosis gangguan jadwal tidur-jaga non-organik, yang penting adanya *dominasi gambaran klinis* gangguan ini pada penderita. Apabila gejala gangguan jiwa lain cukup jelas dan menetap harus dibuat diagnosis gangguan jiwa yang spesifik secara terpisah.

F51.3 Somnambulisme (Sleepwalking)

Pedoman Diagnostik

- Gambaran klinis dibawah ini adalah esensial untuk diagnosis pasti:
  (a) gejala yang utama adalah satu atau lebih episode bangun dari tempat tidur, biasanya pada sepertiga awal tidur malam, dan terus berjalan-jalan; (*kesadaran berubah*)
  (b) selama *satu episode*, individu menunjukkan wajah bengong (blank, staring face), relatif tak memberi respons terhadap upaya orang lain untuk mempengaruhi keadaan atau untuk berkomunikasi dengan penderita, dan hanya dapat disadarkan/dibangunkan dari tidurnya dengan susah payah.
  (c) pada waktu sadar/bangun (setelah satu episode atau besok paginya), individu tidak ingat apa yang terjadi;
  (d) dalam kurun waktu beberapa menit setelah bangun dari episode tersebut, *tidak ada gangguan aktivitas mental*,walaupun dapat dimulai dengan sedikit bingung dan disorientasi dalam waktu singkat.
  (e) tidak ada bukti adanya gangguan mental organik.
- Somnambulisme harus dibedakan dari serangan Epilepsi Psikomotor dan Fugue Disosiatif (F44.1).

F51.4 Teror Tidur (Night Terrors)

Pedoman Diagnostik

- Gambaran klinis dibawah ini adalah esensial untuk diagnosis pasti:
  (a) gejala utama adalah satu atau lebih *episode* bangun dari tidur, mulai dengan berteriak karena panik, disertai anxietas yang hebat, seluruh tubuh bergetar, dan hiperaktivitas otonomik seperti jantung berdebar-debar, napas cepat, pupil melebar, dan berkeringat;
  (b) episode ini dapat berulang, setiap episode lamanya berkisar 1 - 10 menit, dan biasanya terjadi pada sepertiga awal *tidur malam*;
  (c) secara relatif *tidak bereaksi* terhadap berbagai upaya orang lain untuk mempengaruhi keadaan teror tidurnya, dan kemudian dalam beberapa menit setelah bangun biasanya terjadi disorientasi dan gerakan-gerakan berulang;
  (d) ingatan terhadap kejadian, kalaupun ada, *sangat minimal* (biasanya terbatas pada satu atau dua bayangan-bayangan yang terpilah-pilah);
  (e) tidak ada bukti adanya gangguan mental organik.
- Teror tidur harus dibedakan dari *Mimpi Buruk* (F51.5), yang biasanya terjadi setiap saat dalam tidur, mudah dibangunkan, dan teringat dengan jelas kejadiannya.
- Teror tidur dan somnambulisme sangat berhubungan erat, keduanya mempunyai karakteristik klinis dan patofisiologis yang sama.

F51.5 Mimpi Buruk (Nightmares)

Pedoman Diagnostik

- Gambaran klinis dibawah ini adalah esensial untuk diagnosis pasti:
  (a) terbangun dari tidur malam atau tidur siang berkaitan dengan mimpi yang menakutkan yang *dapat diingat kembali* dengan rinci dan jelas (vivid), biasanya perihal ancaman kelangsungan hidup, keamanan, atau harga diri; terbangun-nya dapat terjadi kapan saja selama periode tidur, tetapi yang khas adalah pada paruh kedua masa tidur;
  (b) setelah terbangun dari mimpi yang menakutkan, individu *segera sadar penuh* dan mampu mengenali lingkungannya;
  (c) pengalaman mimpi itu, dan akibat dari tidur yang terganggu, menyebabkan *penderitaan* cukup berat bagi individu.
- Sangat penting untuk membedakan Mimpi Buruk dari *Teror Tidur*, dengan memperhatikan gambaran klinis yang khas untuk masing- masing gangguan.

F51.8 Gangguan Tidur Non-organik Lainnya

F51.9 Gangguan Tidur Non-organik YTT

F52 DISFUNGSI SEKSUAL BUKAN DISEBABKAN OLEH GANGGUAN ATAU PENYAKIT ORGANIK

- Disfungsi seksual meliputi berbagai gangguan dimana individu tidak mampu berperan serta dalam hubungan seksual seperti yang diharapkannya. Gangguan tersebut dapat berupa kekurangan minat (*interest*), kenikmatan (*enjoyment*), gagal dalam *respons fisiologis* yang dibutuhkan untuk interaksi seksual yang efektif (misalnya, ereksi), atau tidak mampu mengendalikan atau mengalami *orgasme*.
- Respons seksual adalah suatu proses psiko-somatik, dan kedua proses (psikologis dan somatik) biasanya terlibat sebagai penyebab disfungsi seksual.

F52.0 Kurang atau Hilangnya Nafsu Seksual

- Hilangnya nafsu seksual merupakan *masalah utama* dan tidak merupakan gangguan sekunder dari kesulitan seksual lainnya, seperti kegagalan ereksi atau dispareunia (F52.6).
- Berkurangnya nafsu seksual tidak menyingkirkan kenikmatan atau bangkitan (arousal) seksual, tetapi menyebabkan kurangnya aktivitas awal seksual. Termasuk: *frigiditas*.

F52.1 Penolakan dan Kurangnya Kenikmatan Seksual

F52.10
- Penolakan Seksual (*sexual aversion*)
- Adanya perasaan negatif terhadap interaksi seksual,sehingga aktivitas seksual dihindarkan.

F52.11
- Kurangnya Kenikmatan Seksual(*lack of sexual enjoyment*)
- Respons seksual berlangsung normal dan mengalami orgasme, tetapi kurang ada kenikmatan yang memadai.

F52.2 Kegagalan dari Respons Genital

- Pada pria masalah utama adalah *disfungsi ereksi,* misalnya kesukaran untuk terjadinya atau mempertahankan ereksi yang memadai untuk suatu hubungan seksual yang memuaskan.
- Pada wanita masalah utama adalah kekeringan vagina atau kegagalan pelicinan (*lubrication*).

F52.3 Disfungsi Orgasme

- Baik orgasme tidak terjadi sama sekali maupun yang sangat terlambat. Termasuk: "psychogenic anorgasmy"

F52.4 Eyakulasi Dini

- Ketidak-mampuan mengendalikan eyakulasi sedemikian rupa sehingga masing-masing menikmati hubungan seksual.

F52.5 Vaginismus Non-organik

- Terjadi spasme otot-otot vagina, menyebabkan tertutupnya pembukaan vagina. Masuknya penis menjadi tak mungkin atau nyeri.

F52.6 Dispareunia Non-organik

- Dispareunia adalah keadaan nyeri pada waktu hubungan seksual, dapat terjadi pada wanita maupun pria.
- Diagnosis ini dibuat hanya bila tidak ada kelainan seksual primer lainnya (seperti vaginismus atau keringnya vagina).

F52.7 Dorongan Seksual Yang Berlebihan

- Baik pria maupun wanita dapat kadang-kadang mengeluh dorongan seksual berlebihan sebagai problem dalam dirinya, biasanya pada remaja akhir belasan tahun atau dewasa muda.
- Bila keadaan ini *sekunder* dari Gangguan Afektif (F30-F39) atau terjadi pada stadium awal dari Dementia (F00-F03), maka gangguan primernya harus di-diagnosis.

F52.8 Disfungsi Seksual Lainnya, Bukan Disebabkan Oleh Gangguan atau Penyakit Organik

F52.9 Disfungsi Seksual YTT, Bukan Disebabkan Oleh Gangguan atau Penyakit Organik

F53 GANGGUAN MENTAL dan PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN MASA NIFAS YTK

- Klasifikasi ini hanya digunakan untuk gangguan jiwa yang berhubungan dengan masa nifas (*tidak lebih dari 6 minggu setelah persalinan*), yang tidak memenuhi kriteria di tempat lain.

F53.0 Gangguan Mental dan Perilaku Ringan Yang Berhubungan dengan Masa Nifas YTK

- termasuk: postpartum depression YTT

F53.1 Gangguan Mental dan Perilaku Berat Yang Berhubungan dengan Masa Nifas YTK

- termasuk: psikosis masa nifas YTT

F53.8 Gangguan Mental dan Perilaku Lainnya Yang Berhubungan dengan Masa Nifas YTK

F53.9 Gangguan Jiwa Masa Nifas YTT

F54 FAKTOR PSIKOLOGIS dan PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN atau PENYAKIT YDK

- Kategori ini harus digunakan untuk mencatat adanya pengaruh psikologis atau perilaku yang diperhitungkan mempunyai peranan besar dalam etiologi terjadinya gangguan fisik yang diklasifikasi di tempat lain (pada Bab Lain dari ICD-10).
  Contoh: – Asma Bronkiale (F54 + J45.-)
  – Dermatitis dan Eczema (F54 + L23-L25)
  – Tukak Lambung (F54 + K25.-)
  – Kolitis Ulseratif (F54 + K51.-)
  – Kolitis Mukus (F54 + K58.-)
  – Ultikaria (F54 + L50.-)

- Termasuk:"psychological factors affecting physical condition"

F55 PENYALAHGUNAAN ZAT YANG TIDAK MENYEBABKAN KETERGANTUNGAN

- Walaupun pada awalnya adalah merupakan obat yang diresepkan atau dianjurkan oleh dokter, namun kemudian dapat terjadi pemakaian yang terus-menerus, diluar indikasi medis, dan seringkali dosis menjadi berlebihan (persistent and unjustified use)

- Tidak ada tanda perkembangan menjadi ketergantungan (F1x.2) atau gejala putus zat (F1x.3)

F55.0 Antidepresan

F55.1 Pencahar

F55.2 Analgetika

F55.3 Antasida

F55.4 Vitamin

F55.5 Steroida atau Hormon

F55.6 Jamu

F55.8 Zat Lainnya Yang Tidak Menyebabkan Ketergantungan (misalnya, diuretika)

F55.9 YTT

F59 SINDROM PERILAKU YTT YANG BERHUBUNGAN DENGAN GANGGUAN FISIOLOGIS dan FAKTOR FISIK

- Termasuk: disfungsi fisiologis psikogenik YTT.

CATATAN :

F60 - F69
GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU MASA DEWASA

F60 GANGGUAN KEPRIBADIAN KHAS
- F60.0 Gangguan kepribadian paranoid
- F60.1 Gangguan kepribadian skizoid
- F60.2 Gangguan kepribadian dissosial
- F60.3 Gangguan kepribadian emosional tak stabil
  - .30 Tipe impulsif
  - .31 Tipe ambang
- F60.4 Gangguan kepribadian histrionik
- F60.5 Gangguan kepribadian anankastik
- F60.6 Gangguan kepribadian cemas (menghindar)
- F60.7 Gangguan kepribadian dependen
- F60.8 Gangguan kepribadian khas lainnya
- F60.9 Gangguan kepribadian YTT

F61 GANGGUAN KEPRIBADIAN CAMPURAN dan LAINNYA
- F61.0 Gangguan kepribadian campuran
- F61.1 Perubahan kepribadian yang bermasalah

F62 PERUBAHAN KEPRIBADIAN YANG BERLANGSUNG LAMA YANG TIDAK DIAKIBATKAN OLEH KERUSAKAN atau PENYAKIT OTAK
- F62.0 Perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah mengalami katastrofa
- F62.1 Perubahan kepribadian yang berlangsung lama setelah menderita gangguan jiwa
- F62.8 Perubahan kepribadian yang berlangsung lama lainnya
- F62.9 Perubahan kepribadian yang berlangsung lama YTT

F63 GANGGUAN KEBIASAAN dan IMPULS
- F63.0 Judi patologis
- F63.1 Bakar patologis (piromania)
- F63.2 Curi patologis (kleptomania)
- F63.3 Trikotilomania
- F63.8 Gangguan kebiasaan dan impuls lainnya
- F63.9 Gangguan kebiasaan dan impuls YTT

F64 GANGGUAN IDENTITAS JENIS KELAMIN
- F64.0 Transseksualisme
- F64.1 Transvestisme peran ganda
- F64.2 Gangguan identitas jenis kelamin masa kanak
- F64.8 Gangguan identitas jenis kelamin lainnya
- F64.9 Gangguan identitas jenis kelamin YTT

F65 GANGGUAN PREFERENSI SEKSUAL
- F65.0 Fetishisme
- F65.1 Transvestisme fetishistik
- F65.2 Ekshibisionisme
- F65.3 Voyeurisme
- F65.4 Pedofilia
- F65.5 Sadomasokisme
- F65.6 Gangguan preferensi seksual multipel
- F65.8 Gangguan preferensi seksual lainnya
- F65.9 Gangguan preferensi seksual YTT

F66 **GANGGUAN PSIKOLOGIS dan PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERKEMBANGAN dan ORIENTASI SEKSUAL**

F66.0 Gangguan dan maturitas seksual
F66.1 Orientasi seksual egodistonik
F66.2 Gangguan jalinan seksual
F66.8 Gangguan perkembangan psikoseksual lainnya
F66.9 Gangguan perkembangan psikoseksual YTT

Karakter kelima dapat digunakan untuk menunjukkan kaitannya dengan:

.x0 Heteroseksualitas
.x1 Homoseksualitas
.x2 Biseksualitas
.x8 Lainnya, termasuk prapubertas

F68 **GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU DEWASA LAINNYA**

F68.0 Elaborasi gejala fisik karena alasan psikologis
F68.1 Kesengajaan atau berpura-pura membuat gejala atau disabilitas, baik fisik maupun psikologis [**gangguan buatan**]
F68.8 Gangguan kepribadian dan perilaku dewasa lainnya YDT

F69 **GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU DEWASA YTT**

GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU MASA DEWASA

- Blok ini mencakup berbagai kondisi klinis yang bermakna dan pola perilaku yang cendrung *menetap*, dan merupakan ekspresi dari pola hidup yang *khas* dari seseorang dan cara-cara berhubungan dengan diri sendiri maupun orang lain.
- Beberapa dari kondisi dan pola perilaku tersebut berkembang sejak *dini* dari masa pertumbuhan dan perkembangan dirinya sebagai hasil interaksi faktor-faktor konstitusi dan pengalaman hidup, sedangkan yang lainnya "didapat" (acquried) pada masa kehidupan *selanjutnya.*

F60 GANGGUAN KEPRIBADIAN KHAS

- Gangguan kepribadian khas adalah suatu gangguan berat dalam konstitusi karakteriologis dan kecenderungan perilaku dari seseorang, biasanya meliputi beberapa bidang dari kepribadian, dan hampir selalu berhubungan dengan *kesulitan pribadi dan sosial.*

Pedoman Diagnostik

- Kondisi yang *tidak* berkaitan langsung dengan kerusakan atau penyakit otak berat (gross brain damage or disease), atau gangguan jiwa lain;
- Memenuhi kriteria berikuti ini:
  (a) disharmoni sikap dan perilaku yang cukup berat, biasanya meliputi beberapa bidang fungsi, misalnya afek, kesiagaan, pengendalian impuls, cara memandang dan berpikir, serta gaya berhubungan dengan orang lain;
  (b) pola perilaku abnormal berlangsung lama, berjangka panjang, dan tidak terbatas pada episode gangguan jiwa;
  (c) pola perilaku abnormalnya bersifat *pervasif* ("mendalam") dan *maladaptif* yang jelas terhadap berbagai keadaan pribadi dan sosial yang luas;
  (d) manifestasi diatas *selalu* muncul pada masa kanak atau remaja dan berlanjut sampai usia dewasa;
  (e) gangguan ini menyebabkan penderitaan pribadi (personal distress) yang cukup bearti, tetapi baru menjadi nyata setelah perjalanan yang lanjut;
  (f) gangguan ini biasanya, tetapi tidak selalu, berkaitan secara bermakna dengan masalah-masalah dalam *pekerjaan* dan *kinerja sosial.*
- Untuk budaya yang berbeda, mungkin penting untuk mengembangkan seperangkat kriteria khas yang berhubungan dengan norma sosial, peraturan dan kewajiban.

F60.0 Gangguan Kepribadian Paranoid

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian dengan ciri-ciri:
  (a) kepekaan berlebihan terhadap kegagalan dan penolakan;
  (b) kecenderungan untuk tetap menyimpan dendam, misalnya menolak untuk memaafkan suatu penghinaan dan luka hati atau masalah kecil;
  (c) kecurigaan dan kecenderungan yang mendalam untuk mendistorsi-kan pengalaman dengan menyalah-artikan tindakan orang lain yang netral atau bersahabat sebagai suatu sikap permusuhan atau penghinaan;
  (d) perasaan bermusuhan dan ngotot tentang hak pribadi tanpa memperhatikan situasi yang ada (actual situation);
  (e) kecurigaan yang berulang, tanpa dasar (justification), tentang kesetiaan seksual dari pasangannya;
  (f) kecenderungan untuk merasa dirinya penting secara berlebihan, yang bermanifestasi dalam sikap yang selalu merujuk ke diri sendiri (self-referential attitude);
  (g) preokupasi dengan penjelasan-penjelasan yang bersekongkol dan tidak substantif dari suatu peristiwa, baik yang menyangkut diri pasien sendiri maupun dunia pada umumnya.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.1 Gangguan Kepribadian Skizoid

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian yang memenuhi deskripsi berikut:
  (a) sedikit (bila ada) aktivitas yang memberikan kesenangan;
  (b) emosi dingin, afek mendatar atau tak peduli (detachment);
  (c) kurang mampu untuk meng-ekspresi-kan kehangatan, kelembutan atau kemarahan terhadap orang lain;
  (d) tampak nyata ketidak-pedulian baik terhadap pujian maupun kecaman;
  (e) kurang tertarik untuk mengalami pengalaman seksual dengan orang lain (perhitungkan usia penderita);
  (f) hampir selalu memilih aktivitas yang dilakukan sendiri;
  (g) preokupasi dengan fantasi dan introspeksi yang berlebihan
  (h) tidak mempunyai teman dekat atau hubungan pribadi yang akrab (kalau ada hanya satu) dan tidak ada keinginan untuk menjalin hubungan seperti itu;
  (i) sangat tidak sensitif terhadap norma dan kebiasaan sosial yang berlaku.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.2 Gangguan Kepribadian Dissosial

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian ini biasanya *menjadi perhatian* disebabkan adanya perbedaan yang besar antara perilaku dan norma sosial yang berlaku, dan ditandai oleh:
  (a) bersikap tidak peduli dengan perasaan orang lain;
  (b) sikap yang amat tidak bertanggung jawab dan berlangsung terus menerus (persistent), serta tidak peduli terhadap norma, peraturan, dan kewajiban sosial.
  (c) tidak mampu memelihara suatu hubungan agar berlangsung lama, meskipun tidak ada kesulitan untuk mengembangkannya
  (d) toleransi terhadap frustrasi sangat rendah dan ambang yang rendah untuk *melampiaskan agresi*, termasuk tindakan kekerasan;
  (e) tidak mampu mengalami rasa salah dan menarik manfaat dari pengalaman, khususnya dari hukuman;
  (f) sangat cenderung menyalahkan orang lain, atau menawarkan rasionalisasi yang masuk akal, untuk perilaku yang membuat pasien konflik dengan masyarakat.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.3 Gangguan Kepribadian Emosional Tak Stabil

Pedoman Diagnostik

- Terdapat kecendrungan yang mencolok untuk bertindak secara impulsif tanpa mempertimbangkan konsekuensinya, bersamaan dengan ketidak-stabilan emosional;
- Dua varian yang khas adalah berkaitan dengan impulsivitas dan kekurangan pengendalian diri.

Karakter kelima : F60.30 = Tipe Impulsif
F60.31 = Tipe Ambang (Borderline)

F60.4 Gangguan Kepribadian Histrionik

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian dengan ciri-ciri:
  (a) ekspresi emosi yang dibuat-buat (self-dramatization), seperti bersandiwara (theatricality), yang dibesar-besarkan (exaggerated);
  (b) bersifat sugestif, mudah dipengaruhi oleh orang lain atau oleh keadaan;
  (c) keadaan afektif yang dangkal dan labil;
  (d) terus menerus mencari kegairahan (excitement), penghargaan (*appreciation*) dari orang lain, dan aktivitas dimana pasien menjadi *pusat perhatian*;
  (e) penampilan atau perilaku "merangsang" (*seductive*) yang tidak memadai;
  (f) terlalu peduli dengan daya tarik fisik.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.5 Gangguan Kepribadian Anankastik

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian dengan ciri-ciri:
  (a) perasaan ragu-ragu dan hati-hati yang berlebihan;
  (b) preokupasi dengan hal-hal yang rinci (details), peraturan, daftar, urutan, organisasi atau jadwal;
  (c) perfeksionisme yang mempengaruhi penyelesaian tugas;
  (d) ketelitian yang berlebihan, terlalu hati-hati, dan keterikatan yang tidak semestinya pada produktivitas sampai mengabaikan kepuasan dan hubungan interpersonal;
  (e) keterpakuan dan keterikatan yang berlebihan pada kebiasaan sosial;
  (f) kaku dan keras kepala;
  (g) pemaksaan yang tak beralasan agar orang lain mengikuti persis caranya mengerjakan sesuatu, atau keengganan yang tak beralasan untuk mengizinkan orang lain mengerjakan sesuatu;
  (h) mencampur-adukan pikiran atau dorongan yang memaksa dan yang enggan.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.6 Gangguan Kepribadian Cemas (Menghindar)

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian dengan ciri-ciri:
  (a) perasaan tegang dan takut yang menetap dan pervasif;
  (b) merasa dirinya tak mampu, tidak menarik atau lebih rendah dari orang lain;
  (c) preokupasi yang berlebihan terhadap *kritik dan penolakan* dalam situasi sosial;
  (d) keengganan untuk terlibat dengan orang kecuali merasa yakin akan disukai;
  (e) pembatasan dalam gaya hidup karena alasan keamanan fisik;
  (f) menghindari aktivitas sosial atau pekerjaan yang banyak melibatkan kontak interpersonal karena takut dikritik, tidak didukung atau ditolak.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.7 Gangguan Kepribadian Dependen

Pedoman Diagnostik

- Gangguan kepribadian dengan ciri-ciri:
  (a) mendorong atau membiarkan orang lain untuk mengambil sebagian besar keputusan penting untuk dirinya;
  (b) meletakkan kebutuhan sendiri lebih rendah dari orang lain kepada siapa ia bergantung, dan kepatuhan yang tidak semestinya terhadap keinginan mereka;
  (c) keengganan untuk mengajukan permintaan yang layak kepada orang dimana tempat ia bergantung;
  (d) perasaan tidak enak atau *tidak berdaya* apabila sendirian, karena ketakutan yang dibesar-besarkan tentang ketidak mampuan mengurus diri sendiri;
  (e) preokupasi dengan ketakutan akan ditinggalkan oleh orang yang dekat dengannya, dan dibiarkan untuk mengurus dirinya sendiri;
  (f) *terbatasnya kemampuan* untuk membuat keputusan sehari-hari tanpa mendapat nasehat yang berlebihan dan dukungan dari orang lain.
- Untuk diagnosis dibutuhkan *paling sedikit 3* dari diatas.

F60.8 Gangguan Kepribadian Khas Lainnya

F60.9 Gangguan Kepribadian YTT

F61 GANGGUAN KEPRIBADIAN CAMPURAN dan LAINNYA

- Kategori ini dimaksudkan untuk gangguan kepribadian dan kelainan-kelainan yang seringkali menyulitkan tetapi tidak menunjukkan pola gejala yang khas yang menjadi ciri-ciri dari gangguan pada F60.-

F61.0 Gangguan Kepribadian Campuran

- Dengan gambaran beberapa gangguan pada F60.- tetapi tanpa suatu kumpulan gejala yang dominan yang memungkinkan suatu diagnosis yang lebih khas.

F61.1 Perubahan Kepribadian Yang Bermasalah

- Tidak dapat diklasifikasi pada F60.- atau F62.- dan dianggap sebagai sekunder terhadap suatu diagnosis utama berupa suatu gangguan afektif atau anxietas yang ada bersamaan.

F62 PERUBAHAN KEPRIBADIAN YANG BERLANGSUNG LAMA YANG TIDAK DIAKIBATKAN OLEH KERUSAKAN atau PENYAKIT OTAK

- Kelompok ini meliputi gangguan dari kepribadian dan perilaku dewasa yang berkembang *setelah mengalami* katastrofik atau stres yang sangat berkepanjangan, atau setelah mengalami gangguan jiwa yang berat, pada penderita yang *tanpa gangguan kepribadian* sebelumnya.

- Diagnosis hanya dibuat apabila terbukti adanya perubahan yang jelas dan berlangsung lama dari *pola seseorang dalam memandang, berhubungan dengan, atau berpikir tentang lingkungan dan dirinya sendiri.*
  Perubahan kepribadian ini berkaitan dengan perilaku yang menjadi *tidak luwes* (inflexible) dan *maladaptif* yang mengarah ke kegagalan dalam fungsi interpersonal, sosial dan pekerjaan.

F62.0 Perubahan Kepribadian Yang Berlangsung Lama Setelah Mengalami Katastrofa

Pedoman Diagnostik

- Perubahan kepribadian harus berlangsung lama dan bermanifestasi dalam gambaran perilaku yang tidak luwes dan maladaptif yang menjurus kepada *disabilitas dalam hubungan interpersonal, sosial dan pekerjaan.* Perubahan kepribadian ini harus dipastikan dengan keterangan dari orang-orang terdekat.

- Untuk menegakkan diagnosis, memantapkan adanya gambaran berikut (tidak tampak sebelumnya) adalah esensial, misalnya:
  (a) sikap bermusuhan atau tidak percaya terhadap semua orang;
  (b) menarik diri dari kehidupan bermasyarakat;
  (c) perasaan hampa atau putus asa;
  (d) perasaan terpojok (on edge) yang khronis, seperti terus menerus merasa terancam;
  (e) keterasingan.

- Perubahan kepribadian ini harus sudah berlangsung paling sedikit *selama 2 tahun*, dan tidak berkaitan dengan gangguan kepribadian yang sebelumnya sudah ada atau dengan gangguan jiwa (kecuali gangguan stres pasca-trauma, F43.1).

- Harus disingkirkan kemungkinan adanya kerusakan atau penyakit otak yang dapat memberikan gambaran klinis yang serupa.

- Termasuk: perubahan kepribadian setelah suatu pengalaman di kamp konsentrasi, berada dalam sekapan yang berkepanjangan yang disertai ancaman kemungkinan dibunuh, seperti menjadi korban terorisme atau penyiksaan.

F62.1 Perubahan Kepribadian Yang Berlangsung Lama Setelah Menderita Gangguan Jiwa

- Perubahan kepribadian yang disebabkan oleh pengalaman traumatik akibat menderita gangguan jiwa yang berat.

Pedoman Diagnostik

- Temuan diagnostik untuk jenis perubahan kepribadian ini harus mencakup gambaran klinis sebagai berikut:
  (a) ketergantungan yang berlebihan pada orang lain dan sikap selalu minta dibantu;
  (b) tuduhan bahwa dirinya berubah atau cacat oleh karena penyakit terdahulu, menjurus kepada ketidak-mampuan membentuk dan mempertahankan *hubungan pribadi yang dekat dan dapat dipercaya* serta isolasi sosial;
  (c) pasif, minat berkurang, dan menurunnya keterlibatan dalam aktivitas rekreasi;
  (d) selalu mengeluh sakit,yang mungkin berhubungan dengan keluhan hipokondrik dan perilaku sakit;
  (e) afek yang disforik atau labil, yang tidak disebabkan oleh adanya gangguan jiwa saat ini atau gangguan jiwa sebelumnya dengan gejala afektif residual;
  (f) hendaya yang bermakna dalam fungsi sosial dan pekerjaan dibandingkan dengan keadaan sebelum sakit.
- Manifestasi tersebut diatas harus sudah ada selama kurun waktu *2 tahun atau lebih*;
- Perubahan bukan terjadi karena kerusakan atau penyakit otak yang berat. Adanya diagnosis skizofrenia sebelumnya tidak menyingkirkan kemungkinan diagnosis ini.

F62.8 Perubahan Kepribadian Yang Berlangsung Lama Lainnya

F62.9 Perubahan Kepribadian Yang Berlangsung Lama YTT

F63 GANGGUAN KEBIASAAN dan IMPULS

- Kategori ini meliputi *gangguan perilaku tertentu* yang tidak termasuk dalam rubrik lain.
- Gangguan ditandai oleh *tindakan berulang* yang *tidak mempunyai motivasi rasional yang jelas*, serta yang umumnya merugikan kepentingnan penderita sendiri dan orang lain (*maladaptif*). Penderita melaporkan bahwa perilaku-nya berkaitan dengan impuls untuk bertindak yang *tidak dapat dikendalikan*. Terdapat periode prodromal berupa *ketegangan* dengan *rasa lega* pada saat terjadinya tindakan tersebut.
- Tidak termasuk: kebiasaan memakai alkohol atau zat psikoaktif yang berlebihan (F10-F19), gangguan kebiasaan dan impuls mengenai seksual (F65.-) atau perilaku makan (F52.-). (*bukan sekunder* terhadap sindrom gangguan jiwa lain)

F63.0 Judi Patologis

Pedoman Diagnostik

- Gambaran yang esensial dari gangguan ini adalah berjudi secara berulang yang menetap *(persistently repeated gambling)*, yang berlanjut dan seringkali meningkat meskipun ada *konsekuensi sosial yang merugikan* seperti menjadi miskin, hubungan dalam keluarga terganggu, dan kekacauan kehidupan pribadi.

- Judi patologis harus dibedakan dari:
  (a) Judi dan taruhan untuk kesenangan atau sebagai upaya mendapatkan uang; orang ini dapat menahan diri apabila kalah banyak atau ada efek lain yang merugikan.
  (b) Judi berlebihan oleh penderita gangguan manik (F30.);
  (c) Judi pada kepribadian dissosial (F60.2); (disini terdapat lebih banyak gangguan dalam perilaku sosial lain yang menetap, terlihat pada tindakan-tindakan agresif atau cara-cara lain yang menunjukkan sangat kurang peduli terhadap kesejahteraan dan perasaan orang lain).

F63.1 Bakar Patologis (Piromania)

Pedoman Diagnostik

- Gambaran yang esensial dari gangguan ini adalah:
  (a) berulang-ulang melakukan pembakaran *tanpa* motif yang jelas, misalnya motif untuk mendapatkan uang, balas dendam, atau alasan politis;
  (b) sangat tertarik menonton peristiwa kebakaran; dan
  (c) perasaan tegang meningkat sebelum melakukan, dan sangat terangsang (intense excitement) segera setelah berhasil dilaksanakan.

- Bakar patologis harus dibedakan dari:
  (a) sengaja melakukan pembakaran tanpa gangguan jiwa yang nyata (dalam kasus demikian motif-nya jelas);
  (b) pembakaran oleh anak muda dengan gangguan tingkah laku (F91.1), dimana didapatkan gangguan perilaku lain seperti mencuri, agresi, atau membolos sekolah;
  (c) pembakaran oleh orang dewasa dengan gangguan kepribadian dissosial (F60.2), dimana didapatkan gangguan perilaku sosial lain yang menetap seperti agresi, atau indikasi lain perihal kurangnya peduli terhadap minat dan perasaan orang lain;
  (d) pembakaran pada skizofrenia (F20.-), dimana kebakaran adalah khas ditimbulkan sebagai respons terhadap ide-ide waham atau perintah dari suara halusinasi;
  (e) pembakaran pada gangguan mental organik (F00-F09), dimana kebakaran ditimbulkan karena kecelakaan akibat adanya kebingungan (confusion), kurangnya daya ingat, atau kurangnya kesadaran akan konsekuensi dari tindakannya, atau campuran dari faktor-faktor tersebut.

F63.2 Curi Patologis (Kleptomania)

Pedoman Diagnostik

- Gambaran yang esensial dari gangguan ini adalah:
  - adanya peningkatan rasa tegang sebelum, dan rasa puas selama dan segera sesudahnya, melakukan tindakan pencurian;
  - meskipun upaya untuk menyembunyikan biasanya dilakukan, tetapi tidak setiap kesempatan yang ada digunakan;
  - pencurian biasanya dilakukan sendiri (solitary act), tidak bersama-sama dengan pembantunya;
  - individu mungkin tampak cemas, murung dan rasa bersalah pada waktu di antara episode pencurian, tetapi hal ini tidak mencegahnya mengulangi perbuatan tersebut;
- Curi Patologis harus dibedakan dari:
  (a) pencurian berulang di toko tanpa gangguan jiwa yang nyata, dimana perbuatannya direncanakan dengan lebih hati-hati dan terdapat motif keuntungan pribadi yang jelas;
  (b) gangguan mental organik (F00-F09), dimana berulang kali gagal untuk membayar barang belanjaan sebagai konsekuensi berkurangnya daya ingat dan kemerosotan fungsi intelektual lain;
  (c) gangguan depresif dengan pencurian (F30-F33); beberapa penderita depresi melakukan pencurian dan mungkin akan tetap mengulanginya selama gangguan depresif masih ada.

F63.3 Trikotilomania

Pedoman Diagnostik

- Gambaran yang esensial dari gangguan ini adalah:
  - kerontokan rambut kepala yang tampak jelas (noticeable) disebabkan oleh berulangkali gagal menahan diri terhadap impuls untuk mencabut rambut.
  - Pencabutan rambut biasanya didahului oleh ketegangan yang meningkat dan setelahnya diikuti dengan rasa lega atau puas
- Diagnosis ini jangan dibuat apabila sebelumnya sudah ada peradangan kulit, atau apabila pencabutan rambut adalah respons terhadap waham atau halusinasi.
  Tidak termasuk: gangguan gerakan stereotipi dengan mencabuti rambut (F98.4).

F63.8 Gangguan Kebiasaan dan Impuls Lainnya

- termasuk: gangguan eksplosif intermiten.

F63.9 Gangguan Kebiasaan dan Impuls YTT

F64 GANGGUAN IDENTITAS JENIS KELAMIN

F64.0 Transseksualisme

Pedoman Diagnostik

- Untuk menegakkan diagnosis, identitas transseksual harus sudah menetap *selama minimal 2 tahun,* dan harus *bukan* merupakan gejala dari gangguan jiwa lain seperti skizofrenia, atau berkaitan dengan kelainan interseks, genetik atau kromosom.
- Gambaran identitas tsb:
  - adanya hasrat untuk hidup dan diterima sebagai anggota dari kelompok lawan jenisnya, biasanya disertai perasaan risih, atau ketidak-serasian, dengan anatomi seksualnya; dan
  - adanya keinginan untuk mendapatkan terapi hormonal dan pembedahan untuk membuat tubuhnya semirip mungkin dengan jenis kelamin yang diinginkan.

F64.1 Transvestisme Peran Ganda

Pedoman Diagnostik

- Mengenakan pakaian dari lawan jenis-nya sebagai bagian dari eksistensi dirinya untuk *menikmati* sejenak pengalaman sebagai anggota lawan jenis-nya;
- Tanpa hasrat untuk mengubah jenis kelamin secara lebih permanen atau berkaitan dengan tindakan bedah;
- *Tidak ada perangsangan seksual* yang menyertai pemakaian pakaian lawan jenis tersebut, yang membedakan gangguan ini dengan transvestisme fetishistik (F65.1).

F64.2 Gangguan Identitas Jenis Kelamin Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Gambaran esensial untuk diagnosis adalah:
  - Keinginan anak yang "mendalam" (pervasive) dan "menetap" (persistent) untuk menjadi (atau keteguhan bahwa dirinya adalah) jenis kelamin lawan jenis-nya, disertai penolakan terhadap perilaku, atribut dan/ atau pakaian yang sesuai untuk jenis kelamin-nya;*Tidak ada rangsangan seksual* dari pakaian;
  - Yang khas adalah bahwa manifestasi pertama timbul pada usia pra-sekolah. Gangguan harus sudah tampak *sebelum pubertas*;
  - Pada kedua jenis kelamin, kemungkinan ada *penyangkalan terhadap struktur anatomi* jenis kelaminnya sendiri, tetapi hal ini jarang terjadi.
  - Ciri khas lain, anak dengan gangguan identitas jenis kelamin, *menyangkal bahwa dirinya terganggu* , meskipun mereka mungkin tertekan oleh konflik dengan keinginan orang tua atau kawan sebayanya dan oleh ejekan dan/atau penolakan oleh orang-orang yang berhubungan dengan dirinya.

F64.8 Gangguan Identitas Jenis Kelamin Lainnya

F64.9 Gangguan Identitas Jenis Kelamin YTT

F65 GANGGUAN PREFERENSI SEKSUAL

F65.0 Fetishisme

Pedoman Diagnostik

- Mengandalkan pada beberapa benda mati (non-living object) sebagai *rangsangan* untuk membangkitan keinginan seksual dan memberikan *kepuasan seksual.* Kebanyakan benda tersebut (objek fetish) adalah ekstensi dari tubuh manusia, seperti pakaian atau sepatu.
- Diagnosis ditegakkan apabila objek fetish benar-benar merupakan *sumber yang utama* dari rangsangan seksual atau penting sekali untuk respons seksual yang memuaskan.
- Fantasi fetishistik adalah lazim, tidak menjadi suatu gangguan kecuali apabila menjurus kepada suatu ritual yang begitu memaksa dan tidak semestinya sampai mengganggu hubungan seksual dan menyebabkan penderitaan bagi individu.
- Fetishisme terbatas hampir hanya pada *pria* saja.

F65.1 Transvestisme Fetishistik

Pedoman Diagnostik

- Mengenakan pakaian dari lawan jenis dengan tujuan pokok untuk mencapai *kepuasan seksual.*
- Gangguan ini harus dibedakan dari fetishisme (F65.0) di mana pakaian sebagai objek fetish bukan hanya sekedar dipakai, tetapi juga untuk menciptakan penampilan seorang dari lawan jenis kelaminnya. Biasanya lebih dari satu jenis barang yang dipakai dan seringkali suatu perlengkapan yang *menyeluruh*, termasuk rambut palsu dan tata rias wajah.
- Transvestisme fetishistik dibedakan dari transvestisme transsexual oleh adanya hubungan yang jelas dengan bangkitnya gairah seksual dan keinginan/hasrat yang kuat untuk melepaskan baju tersebut apabila orgasme sudah terjadi dan rangsangan seksual menurun.
- Adanya riwayat transvestisme fetishistik biasanya dilaporkan sebagai suatu *fase awal* oleh para penderita *transseksualisme* dan kemungkinan merupakan suatu stadium dalam perkembangan transseksualisme.

F65.2 Ekshibisionisme

Pedoman Diagnostik

- Kecenderungan yang berulang atau menetap untuk memamerkan alat kelamin kepada asing (biasanya lawan jenis kelamin) atau kepada orang banyak di tempat umum, *tanpa* ajakan atau niat untuk berhubungan lebih akrab.
- Ekshibisionisme hampir sama sekali terbatas pada *laki-laki heteroseksual* yang memamerkan pada wanita, remaja atau dewasa, biasanya menghadap mereka dalam jarak yang aman di tempat umum. Apabila yang menyaksikan itu terkejut, takut, atau terpesona, kegairahan penderita menjadi meningkat.
- Pada beberapa penderita, ekshibisionisme merupakan satu-satunya penyaluran seksual, tetapi pada penderita lainnya kebiasaan ini dilanjutkan bersamaan (simultaneously) dengan kehidupan seksual yang aktif dalam suatu jalinan hubungan yang berlangsung lama, walaupun demikian dorongan menjadi lebih kuat pada saat menghadapi konflik dalam hubungan tersebut.
- Kebanyakan penderita ekshibisionisme mendapatkan kesulitan dalam mengendalikan dorongan tersebut dan dorongan ini bersifat "*ego-alien*" (suatu benda asing bagi dirinya)

F65.3 Voyeurisme

Pedoman Diagnostik

- Kecenderungan yang berulang atau menetap untuk *melihat* orang yang sedang berhubungan seksual atau berperilaku intim seperti sedang menanggalkan pakaian.
- Hal ini biasanya menjurus kepada rangsangan seksual dan masturbasi, yang dilakukan tanpa orang yang diintip menyadarinya

F65.4 Pedofilia

Pedoman Diagnostik

- Preferensi seksual terhadap *anak-anak*, biasanya prapubertas atau awal masa pubertas, baik laki-laki maupun perempuan.
- Pedofilia jarang ditemukan pada perempuan.
- Preferensi tersebut harus berulang dan menetap.
- Termasuk: laki-laki dewasa yang mempunyai preferensi partner seksual dewasa, tetapi karena mengalami frustrasi yang khronis untuk mencapai hubungan seksual yang diharapkan, maka kebiasaannya beralih kepada anak-anak sebagai pengganti.

F65.5 Sadomasokisme

Pedoman Diagnostik

- Preferensi terhadap aktivitas seksual yang melibatkan *pengikatan atau menimbulkan rasa sakit atau penghinaan*; (individu yang lebih suka untuk menjadi resipien dari perangsangan demikian disebut "masochism", sebagai pelaku = "sadism")
- Seringkali individu mendapatkan rangsangan seksual dari aktivitas sadistik maupun masokistik.
- Kategori ini hanya digunakan apabila aktivitas sadomasokistik merupakan *sumber rangsangan yang penting untuk pemuasan seks.*
- Harus dibedakan dari kebrutalan dalam hubungan seksual atau kemarahan yang tidak berhubungan dengan erotisme.

F65.6 Gangguan Preferensi Seksual Multipel

- kombinasi yang paling sering: fetishisme, transvestisme dan sado masokisme.

F65.8 Gangguan Preferensi Seksual Lainnya

F65.9 Gangguan Preferensi Seksual YTT

F66 GANGGUAN PSIKOLOGIS dan PERILAKU YANG BERHUBUNGAN DENGAN PERKEMBANGAN dan ORIENTASI SEKSUAL

Kode lima karakter: F66.x0 = Heteroseksualitas
F66.x1 = Homoseksualitas
F66.x2 = Biseksualitas
F66.x8 = Lainnya, termasuk pra-pubertas.

F66.0 Gangguan Maturitas Seksual

- Individu menderita karena *ketidak-pastian* tentang identitas jenis kelaminnya atau orienasi seksualnya, yang menimbulkan kecemasan atau depresi.
- Paling sering terjadi pada remaja yang tidak tahu pasti apakah mereka homoseksual, heteroseksual atau biseksual dalam orientasi seksualnya, atau pada individu yang sesudah suatu periode orientasi seksual yang tampak stabil, seringkali dalam jalinan hubungan yang telah berlangsung lama, menemukan bahwa orientasi seksualnya berubah.

F66.1 Orientasi Seksual Egodistonik

- Identitas jenis kelamin atau preferensi seksual tidak diragukan, tetapi individu *mengharapkan yang lain* disebabkan oleh *gangguan psikologis dan perilaku*, serta mencari pengobatan untuk mengubahnya.

F66.2 Gangguan Jalinan Seksual

- Kelainan dalam identitas jenis kelamin atau preferensi seksual merupakan penyebab kesulitan dalam membentuk atau memelihara jalinan (*relationship*) dengan mitra seksual.

F66.8 Gangguan Perkembangan Psikoseksual Lainnya

F66.9 Gangguan Perkembangan Psikoseksual YTT

F68 GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU MASA DEWASA LAINNYA

F68.0 Elaborasi Gejala Fisik Karena Alasan Psikologis

- Gejala fisik yang sesuai dan semula disebabkan oleh gangguan fisik, penyakit atau disabilitas menjadi berlebihan atau berkepanjangan disebabkan oleh *keadaan psikologis* dari penderita
- Ketidak-puasan terhadap hasil terapi atau pemeriksaan atau kekecewaan terhadap jumlah perhatian yang diperolehnya di bangsal dan di klinik dapat merupakan suatu *faktor motivasi* (untuk meng-elaborasi gejala);
- Beberapa kasus tampak jelas dimotivasi oleh kemungkinan untuk memperoleh kompensasi finansial setelah mengalami kecelakaan atau trauma, tetapi sindrom tersebut tidak harus cepat menghilang walaupun sesudah suatu peradilan yang sukses.

F68.1 Kesengajaan atau Berpura-pura Membuat Gejala atau Disabilitas, baik Fisik maupun Psikologis (Gangguan Buatan)

- Dengan tidak adanya gangguan fisik atau mental, penyakit atau cacat yang pasti, individu berpura-pura mempunyai gejala sakit secara berulang-ulang dan konsisten.
- Untuk gejala fisik mungkin dapat *meluas* sampai membuat sendiri irisan atau luka untuk menciptakan perdarahan, atau menyuntik diri dengan bahan beracun.
- Peniruan nyeri dan penekanan adanya perdarahan dapat begitu *meyakinkan* dan *menetap* sehingga menyebabkan diulanginya pemeriksaan dan operasi di beberapa klinik dan rumah sakit, meskipun hasilnya berulang-ulang negatif.
- Motivasi untuk perilaku ini hampir selalu kabur dan dianggap *faktor internal,* dan kondisi ini terbaik diinterpretasikan sebagai suatu gangguan perilaku sakit dan peran sakit (disorder of *illness behavior and the sick role*).
- Individu dengan pola perilaku demikian biasanya menunjukkan sejumlah tanda dari kelainan yang berat lainnya dari kepribadian dan hubungan dengan lingkungan.
- Perlu dibedakan dengan "***Malingering***", didefinisikan sebagai kesengajaan atau berpura-pura membuat gejala atau disabilitas, baik fisik maupun psikologis, yang dimotivasikan oleh stres eksternal atau insentif (kode Z76.5 dari ICD-10). *Motif* yang berkaitan dengan stres eksternal tersebut dapat berupa penghindaran diri dari tuntutan hukuman kriminal, untuk memperoleh obat terlarang, menghindari wajib militer atau tugas militer yang berbahaya, dan upaya untuk memperoleh keuntungan karena sakit atau mendapatkan perbaikan taraf hidup.

F68.8 Gangguan Kepribadian dan Perilaku Masa Dewasa Lainnya YDT

- Untuk setiap gangguan khas dari kepribadian dan perilaku dewasa yang *tidak dapat diklasifikasi dalam semua kategori terdahulu.*

F69 GANGGUAN KEPRIBADIAN dan PERILAKU MASA DEWASA YTT

- Kode ini harus digunakan hanya sebagai jalan terakhir, kalau adanya suatu gangguan kepribadian dan perilaku masa dewasa dapat diterima, tetapi informasi untuk menegakkan diagnosis dan mengalokasikan dalam kategori khusus tidak tersedia.

F70 - F79
RETARDASI MENTAL

F70 RETARDASI MENTAL RINGAN

F71 RETARDASI MENTAL SEDANG

F72 RETARDASI MENTAL BERAT

F73 RETARDASI MENTAL SANGAT BERAT

F78 RETARDASI MENTAL LAINNYA

F79 RETARDASI MENTAL YTT

Karakter keempat dapat digunakan untuk menentukan luasnya hendaya perilaku yang menyertainya:

F7x.0	Tidak ada, atau terdapat hendaya perilaku minimal
F7x.1	Terdapat hendaya perilaku yang bermakna dan memerlukan perhatian atau terapi
F7x.8	Hendaya perilaku lainnya
F7x.9	Tanpa penyebutan dari hendaya perilaku

YDT = Yang Di-Tentukan (specified)
YTT = Yang Tidak Tergolongkan (unspecified)

RETARDASI MENTAL

- Retardasi mental adalah suatu keadaan *perkembangan jiwa* yang terhenti atau tidak lengkap, yang terutama ditandai oleh terjadinya hendaya keterampilan *selama masa perkembangan*, sehingga berpengaruh pada *tingkat kecerdasan secara menyeluruh*, misalnya kemampuan kognitif, bahasa, motorik dan sosial.
- Retardasi mental dapat terjadi dengan atau tanpa gangguan jiwa atau gangguan fisik lainnya.
- Hendaya *perilaku adaptif* selalu ada, tetapi dalam lingkungan sosial terlindung dimana sarana pendukung cukup tersedia, hendaya ini mungkin tidak tampak sama sekali pada penyandang retardasi mental ringan.

Karakter keempat digunakan untuk menentukan *luasnya hendaya perilaku*, bila hal ini *bukan* disebabkan oleh suatu gangguan lain yang menyertai:

F7x.0 = Tidak ada, atau terdapat hendaya perilaku minimal
F7x.1 = Terdapat hendaya perilaku yang bermakna dan memerlukan perhatian atau terapi
F7x.8 = Hendaya perilaku lainnya
F7x.9 = Tanpa penyebutan dari hendaya perilaku

Bila penyebab retardasi mental diketahui, maka suatu kode tambahan dari ICD-10 harus digunakan (misalnya F72 Retardasi Mental Berat ditambah E00 Sindrom Defisiensi Yodium Kongenital)

Pedoman Diagnostik

- Tingkat kecerdasan (inteligensia) bukan satu-satunya karakteristik, melainkan harus dinilai berdasarkan sejumlah besar *keterampilan spesifik* yang berbeda.
  Meskipun ada kecenderungan umum bahwa semua keterampilan ini akan berkembang ke tingkat yang sama pada setiap individu, namun dapat terjadi suatu *ketimpangan* yang besar, khususnya pada penyandang retardasi mental.
  Orang tersebut mungkin memperlihatkan hendaya berat dalam satu bidang tertentu (misalnya bahasa), atau mungkin mempunyai suatu area keterampilan tertentu yang lebih tinggi (misalnya tugas visuo-spasial sederhana) yang berlawanan dengan latar belakang adanya retardasi mental berat. Keadan ini menimbulkan kesulitan pada saat menentukan kategori diagnosis.
- Penilaian tingkat kecerdasan harus berdasarkan semua informasi yang tersedia, termasuk *temuan klinis, perilaku adaptif* (yang dinilai dalam kaitan dengan latar belakang budayanya), dan *hasil tes psikometrik*.
- Untuk diagnosis yang pasti, harus ada *penurunan tingkat kecerdasan* yang mengakibatkan berkurangnya *kemampuan adaptasi* terhadap tuntutan dari lingkungan sosial biasa sehari-hari.
- Gangguan jiwa dan fisik *yang menyerta* retardasi mental, mempunyai pengaruh besar pada gambaran klinis dan penggunaan dari semua keterampilannya.
- Penilaian diagnostik adalah terhadap *"kemampuan umum"* (global ability) bukan terhadap suatu area tertentu yang spesifik dari hendaya atau keterampilan.

F70 RETARDASI MENTAL RINGAN

Pedoman Diagnostik

- Bila menggunakan tes IQ baku yang tepat, maka IQ berkisar antara *50 sampai 69* menunjukkan retardasi mental ringan.
- Pemahaman dan penggunaan *bahasa* cenderung terlambat pada berbagai tingkat, dan masalah kemampuan berbicara yang mempengaruhi perkembangan kemandirian dapat *menetap* sampai dewasa.
  Walaupun mengalami keterlambatan dalam kemampuan bahasa tetapi sebagian besar dapat mencapai kemampuan berbicara untuk keperluan sehari-hari. Kebanyakan juga dapat mandiri penuh dalam merawat diri sendiri dan mencapai keterampilan praktis dan keterampilan rumah tangga, walaupun tingkat perkembangannya agak lambat daripada normal.
  Kesulitan utama biasanya tampak dalam pekerjaan sekolah yang bersifat akademik, dan banyak masalah khusus dalam membaca dan menulis.
- Etiologi organik hanya dapat diidentifikasi pada *sebagian kecil* penderita.
- Keadaan lain yang menyertai seperti autisme, gangguan perkembangan lain, epilepsi, gangguan tingkah laku, atau disabilitas fisik dapat ditemukan dalam berbagai proporsi. Bila terdapat gangguan demikian, maka harus diberi *kode diagnosis tersendiri.*

F71 RETARDASI MENTAL SEDANG

Pedoman Diagnostik

- IQ biasanya berada dalam rentang *35 sampai 49.*
- Umumnya ada profil *kesenjangan (discrepancy) dari kemampuan,* beberapa dapat mencapai tingkat yang lebih tinggi dalam keterampilan visuo-spasial dari pada tugas-tugas yang tergantung pada bahasa, sedangkan yang lainnya sangat canggung namun dapat mengadakan interaksi sosial dan percakapan sederhana.
  Tingkat perkembangan bahasa bervariasi: ada yang dapat mengikuti percakapan sederhana, sedangkan yang lain hanya dapat berkomunikasi seadanya untuk kebutuhan dasar mereka.
- Suatu etiologi *organik* dapat di-identifikasi pada kebanyakan penyandang retardasi mental sedang.
- Autisme masa kanak atau gangguan perkembangan pervasif lainnya terdapat pada *sebagian kecil* kasus, dan mempunyai pengaruh besar pada gambaran klinis dan tipe penatalaksanaan yang dibutuhkan.
  Epilepsi, disabilitas neurologik dan fisik juga lazim ditemukan meskipun kebanyakan penyandang retardasi mental sedang mampu berjalan tanpa bantuan. Kadang-kadang didapatkan gangguan jiwa lain, tetapi karena tingkat perkembangan bahasanya yang terbatas sehingga sulit menegakkan diagnosis dan harus tergantung dari informasi yang diperoleh dari orang lain yang mengenalnya. Setiap gangguan penyerta harus diberi *kode diagnosis tersendiri.*

F72 RETARDASI MENTAL BERAT

Pedoman Diagnostik

- IQ biasanya berada dalam rentang *20 sampai 34.*
- Pada umumnya mirip dengan retardasi mental sedang dalam hal:
  - gambaran klinis,
  - terdapatnya etiologi organik, dan
  - kondisi yang menyertainya,
  - tingkat prestasi yang rendah,
- Kebanyakan penyandang retardasi mental berat menderita gangguan motorik yang mencolok atau defisit lain yang menyertainya, menunjukkan adanya kerusakan atau penyimpangan perkembangan yang bermakna secara klinis dari *susunan saraf pusat.*

F73 RETADRASI MENTAL SANGAT BERAT

Pedoman Diagnostik

- IQ biasanya *dibawah 20.*
- Pemahaman dan penggunaan bahasa terbatas, paling banter mengerti perintah dasar dan mengajukan permohonan sederhana.
- Keterampilan visuo-spasial yang paling dasar dan sederhana tentang memilih dan mencocokan mungkin dapat dicapainya, dan dengan pengawasan dan petunjuk yang tepat penderita mungkin dapat sedikit ikut melakukan tugas praktis dan rumah tangga.
- Suatu etiologi organik dapat di-identifikasi pada sebagian besar kasus.
- Biasanya ada disabilitas neurologik dan fisik lain yang berat yang mempengaruhi mobilitas, seperti epilepsi dan hendaya daya lihat dan daya dengar. Sering ada gangguan perkembangan pervasif dalam bentuk sangat berat khususnya autisme yang tidak khas (atypical autism), terutama pada penderita yang dapat bergerak.

F78 RETARDASI MENTAL LAINNYA

- Kategori ini hanya digunakan bila *penilaian* dari tingkat retardasi mental dengan memakai prosedur biasa sangat sulit atau tidak mungkin dilakukan karena adanya gangguan sensorik atau fisik, misalnya buta, bisu tuli, dan penderita yang perilakunya terganggu berat atau fisiknya tidak mampu.

F79 RETARDASI MENTAL YTT

- Jelas terdapat retardasi mental, tetapi tidak ada informasi yang cukup untuk menggolongkannya dalam salah satu kategori tersebut diatas.

F80 - F89
GANGGUAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS

F80 GANGGUAN PERKEMBANGAN KHAS BERBICARA DAN BERBAHASA

F80.0 Gangguan artikulasi berbicara khas
F80.1 Gangguan berbahasa ekspresif
F80.2 Gangguan berbahasa reseptif
F80.3 Afasia didapat dengan epilepsi (Sindrom Landau-Kleffner)
F80.8 Gangguan perkembangan berbicara dan berbahasa lainnya
F80.9 Gangguan perkembangan berbicara dan berbahasa YTT

F81 GANGGUAN PERKEMBANGAN BELAJAR KHAS

F81.0 Gangguan membaca khas
F81.1 Gangguan mengeja khas
F81.2 Gangguan berhitung khas
F81.3 Gangguan belajar campuran
F81.8 Gangguan perkembangan belajar lainnya
F81.9 Gangguan perkembangan belajar YTT

F82 GANGGUAN PERKEMBANGAN MOTORIK KHAS

F83 GANGGUAN PERKEMBANGAN KHAS CAMPURAN

F84 GANGGUAN PERKEMBANGAN PERVASIF

F84.0 Autisme masa kanak
F84.1 Autisme tak khas
F84.2 Sindrom Rett
F84.3 Gangguan desintegratif masa kanak lainnya
F84.4 Gangguan aktivitas berlebih yang berhubungan dengan retardasi mental dan gerakan stereotipik
F84.5 Sindrom Asperger
F84.8 Gangguan perkembangan pervasif lainnya
F84.9 Gangguan perkembangan pervasif YTT

F88 GANGGUAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS LAINNYA

F89 GANGGUAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS YTT

YDT = Yang Di–Tentukan (specified)
YTT = Yang Tidak Tergolongkan (unspecified)

GANGGUAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS

- Gangguan-gangguan yang termasuk dalam F80-F90 umumnya mempunyai gambaran sebagai berikut:
  (a) onset bervariasi selama masa bayi atau kanak-kanak;
  (b) adanya hendaya atau kelambatan perkembangan fungsi-fungsi yang berhubungan erat dengan *kematangan biologis* dari susunan saraf pusat; dan
  (c) berlangsung secara *terus-menerus* tanpa adanya remisi dan kekambuhan yang khas bagi banyak gangguan jiwa.
- Pada sebagian besar kasus,fungsi-fungsi yang dipengaruhi termasuk bahasa, keterampilan "visuo-spatial" dan/atau koordinasi motorik.
- Yang khas adalah hendayanya *berkurang secara progresif* dengan bertambahnya usia anak (walaupun defisit yang lebih ringan sering menetap sampai masa dewasa).

F80 GANGGUAN PERKEMBANGAN KHAS BERBICARA dan BERBAHASA

- Gangguan perkembangan khas dimana pola normal *penguasaan bahasa* terganggu sejak fase awal perkembangan.
- Kondisi ini tidak secara langsung berkaitan dengan kelainan neurologis atau mekanisme berbicara, gangguan sensorik, retardasi mental, atau faktor lingkungan.
- Tidak ada batas pemisah yang jelas dengan perbedaan-perbedaan dari variasi normal, tetapi ada *empat kriteria utama* yang berguna dalam memberi kesan terjadinya suatu gangguan klinis yang nyata:(a) beratnya, (b) perjalanannya, (c) polanya, dan (d) problem yang menyertainya.
- Bila suatu kelambatan berbahasa hanya merupakan *bagian dari retardasi mental* yang lebih pervasif atau kelambatan perkembangan global, maka harus menggunakan kode diagnosis Retardasi Mental (F70-F79). Akan tetapi, umumnya retardasi mental disertai dengan pola prestasi intelektual yang tidak sama rata dan terutama dengan tingkat gangguan berbahasa yang lebih berat dari pada retardasi keterampilan non-verbal. Bila tingkat perbedaan ini mencolok sehingga jelas dalam berfungsinya sehari-hari, maka kode diagnosis gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa harus diberikan, *bersamaan* dengan kode diagnosis retardasi mental.
- Tidak termasuk: kelambatan dan distorsi perkembangan berbahasa yang disebabkan oleh *ketulian yang berat* (hendaya pendengaran), juga suatu *kelainan artikulasi* yang langsung disebabkan oleh langit-langit mulut yang terbelah, atau *disartri* yang diakibatkan oleh cerebral palsy.

F80.0 Gangguan Artikulasi Berbicara Khas

Pedoman Diagnostik

- Gangguan perkembangan khas dimana *penggunaan suara untuk berbicara* dari anak, berada di bawah tingkat yang sesuai dengan usia mentalnya, sedangkan tingkat kemampuan bahasanya normal.
- Usia penguasaan suara untuk berbicara, dan urutan dimana suara ini berkembang, menunjukan *variasi individual* yang cukup besar.
- Diagnosis ditegakkan hanya jika beratnya gangguan artikulasi di luar batas variasi normal bagi usia mental anak; kecerdasan (intelegensia) non-verbal dalam batas normal; kemampuan berbahasa ekspresif dan reseptif dalam batas normal; kelainan artikulasi tidak langsung diakibatkan oleh suatu kelainan sensorik, struktural atau neurologis; dan salah ucap jelas tidak normal dalam konteks pemakaian bahasa percakapan sehari-hari dalam kehidupan anak.

F80.1 Gangguan Berbahasa Ekspresif

Pedoman Diagnostik

- Gangguan perkembangan khas dimana kemampuan anak dalam mengekspresikan bahasa dengan berbicara, jelas dibawah rata-rata anak dalam usia mentalnya, tetapi pengertian bahasa dalam batas-batas normal, dengan atau tanpa gangguan artikulasi.
- Meskipun terdapat variasi individual yang luas dalam perkembangan bahasa yang normal, tidak adanya kata atau beberapa kata yang muncul pada usia 2 tahun, dan ketidak-mampuan dalam mengerti kata majemuk sederhana pada usia 3 tahun, dapat diambil sebagai tanda yang bermakna dari kelambatan.
- Kesulitan-kesulitan yang tampak belakangan termasuk: perkembangan kosa kata yang terbatas, kesulitan dalam memilih dan mengganti kata-kata yang tepat, penggunaan berlebihan dari sekelompok kecil kata-kata umum, memendekkan ucapan yang panjang, struktur kalimat yang mentah, kesalahan kalimat (syntactical), kehilangan awalan atau akhiran yang khas, dan salah atau gagal dalam menggunakan aturan tata bahasa seperti kata penghubung, kata ganti, kata sandang, dan kata kerja dan kata benda yang terinfleksi (berubah).
  Dapat dijumpai generalisasi berlebihan yang tidak tepat dari aturan tata bahasa, seperti kekurangan dalam pengucapan kalimat dan kesulitan mengurut kejadian-kejadian yang telah lewat
- Ketidak-mampuan dalam bahasa lisan sering disertai dengan kelambatan atau kelainan dalam bunyi kata yang dihasilkan.
- Penggunaan *bahasa non-verbal* (seperti senyum, dan gerakan tubuh) dan bahasa "internal" yang tampak dalam imajinasi atau dalam permainan khayalan harus secara relatif utuh, dan kemampuan dalam komunikasi sosial tanpa kata-kata tidak terganggu.
- Sebagai kompensasi dari kekurangannya, anak akan berusaha berkomunikasi dengan menggunakan demonstrasi, lagak (gesture), mimik, atau bunyi yang non-bahasa.

F80.2 Gangguan Berbahasa Reseptif

Pedoman Diagnostik

- Gangguan perkembangan khas dimana *pengertian* anak dalam bahasa, di bawah kemampuan rata-rata anak dalam usia mental-nya.
- Kegagalan dalam memberi respons terhadap nama yang familiar (tidak adanya petunjuk non-verbal) pada ulang tahun yang pertama, ketidak-mampuan dalam identifikasi beberapa objek yang sederhana dalam usia 18 bulan, atau kegagalan dalam mengikuti instruksi sederhana pada usia 2 tahun, dapat dicatat sebagai tanda-tanda dari kelambatan.
  Di kemudian hari kesulitan-kesulitan mencakup ketidakmampuan untuk mengerti *struktur tata bahasa* (bentuk kalimat negatif, pertanyaan, perbandingan dsb) dan kekurangan dalam mengerti *aspek penghalus* dari bahasa (nada suara, gerakan tubuh dsb).
- Kriteria dari gangguan perkembangan pervasif tidak dijumpai.
- Pada hampir semua kasus, perkembangan dari bahasa ekspresif juga terlambat dan lazim ada suara ucapan yang tidak normal.
- Dari semua variasi gangguan perkembangan khas berbicara dan berbahasa, gangguan berbahasa reseptif mempunyai tingkat hubungan yang tinggi dengan *gangguan sosio-emosional-perilaku.*
  Namun demikian, mereka berbeda dari *anak autistik* dalam hal interaksi sosial yang lebih normal, permainan imajinasi yang normal, pemanfaatan orang-tua untuk berlindung normal, penggunaan gerak tubuh yang hampir normal, dan hanya sedikit kesulitan dalam komunikasi.

F80.3 Afasia Didapat dengan Epilepsi (Sindrom Landau-Kleffner)

Pedoman Diagnostik

- Gangguan perkembangan khas dimana anak mempunyai riwayat perkembangan bahasa yang normal, kehilangan kedua kemampuan *ekspresif dan reseptif,* tetapi tetap normal dalam inteligensia umum.
- Onset gangguan disertai dengan kelainan paroksismal pada EEG (hampir selalu dari *lobus temporalis,* biasanya bilateral, namun sering dengan kelainan yang luas), dan dalam banyak kasus disertai kejang epileptik. Onset umumnya pada usia 3-7 tahun, tetapi dapat juga muncul lebih awal atau lebih lambat.
- Hubungan waktu antara onset kejang dengan kehilangan berbahasa bervariasi, biasanya salah satu mendahului yang lain dalam beberapa bulan sampai 2 tahun. Yang sangat khas adalah hendaya berbahasa reseptif yang *sangat berat,* dengan kesulitan dalam penangkapan melalui pendengaran (auditory comprehension), yang sering merupakan manifestasi pertama dari kondisi ini.
- Gangguan emosi dan perilaku sering menyusul beberapa bulan setelah pertama kali mengalami gangguan berbahasa, tetapi hal itu cenderung membaik pada saat anak mendapatkan cara-cara berkomunikasi.

F80.8 Gangguan Perkembangan Berbicara dan Berbahasa Lainnya

F80.9 Gangguan Perkembangan Berbicara dan Berbahasa YTT

F81 GANGGUAN PERKEMBANGAN BELAJAR KHAS

- Suatu gangguan pada pola normal kemampuan *penguasaan keterampilan*, yang terganggu sejak stadium awal dari perkembangan (specific developmental disorders of scholastic skills).
- Gangguan dalam belajar ini tidak merupakan hasil langsung dari gangguan yang lain (seperti retardasi mental, defisit neurologis yang besar, masalah visus dan daya dengar yang tidak terkoreksi, atau gangguan emosional), walaupun mungkin terdapat bersamaan dengan kondisi tersebut.
- Gangguan perkembangan belajar khas seringkali terdapat bersama dengan sindrom klinis lain (seperti gangguan pemusatan perhatian atau gangguan tingkah laku) atau gangguan perkembangan lain (seperti gangguan perkembangan motorik khas atau gangguan perkembangan khas berbicara atau berbahasa)
- Etiologi dari gangguan perkembangan belajar khas tidak diketahui, tetapi diduga bahwa manifestasi gangguan ini disebabkan oleh faktor biologis yang berinteraksi dengan faktor non-biologis (seperti kesempatan belajar dan kualitas pengajaran)

Pedoman Diagnostik

- Terdapat beberapa syarat dasar untuk diagnosis gangguan perkembangan belajar khas:
  (a) secara klinis terdapat *derajat hendaya yang bermakna* dalam keterampilan skolastik tertentu (beratnya hendaya dinilai dari: ukuran skolastik, gangguan perkembangan yang mendahului, masalah yang terkait, pola, dan respons);
  (b) hendaya-nya harus khas dalam arti bahwa tidak semata-mata dapat dijelaskan dari retardasi mental atau hendaya ringan dalam inteligensi umum, sebab IQ dan kinerja skolastik tidak persis berjalan bersamaan/parallel);
  (c) hendaya harus dalam masa perkembangan, dalam arti harus sudah ada pada awal usia sekolah dan tidak didapat pada proses perjalanan pendidikan lebih lanjut;
  (d) harus tidak ada *faktor luar* yang dapat menjadi alasan untuk kesulitan skolastik (misalnya: kesempatan belajar, sistem pengajaran, pindah sekolah, dsb);
  (e) tidak langsung disebabkan oleh hendaya visus atau pendengaran yang tidak terkoreksi
- Dengan petunjuk diatas, diagnosis gangguan perkembangan belajar khas harus berlandaskan temuan positif dari gangguan kinerja skolastik yang secara klinis bermakna, yang berkaitan dengan *faktor-faktor "dalam"* (intrinsic) dari perkembangan anak.

F81.0 Gangguan Membaca Khas

Pedoman Diagnostik

- Kemampuan membaca anak harus secara bermakna lebih rendah tingkatannya daripada kemampuan yang diharapkan berdasarkan pada usianya, inteligensia umum, dan tingkatan sekolahnya.
- Gangguan perkembangan khas membaca biasanya didahului oleh riwayat gangguan perkembangan berbicara atau berbahasa.
- Hakikat yang tepat dari masalah membaca tergantung pada taraf yang diharapkan dari kemampuan membaca,berbahasa dan tulisan.
  Namun dalam *tahap awal* dari belajar membaca tulisan abjad, dapat terjadi kesulitan mengucapkan huruf abjad, menyebut nama yang benar dari tulisan, memberi irama sederhana dari kata kata yang diucapkan, dan dalam meng-analisis atau mengelompokan bunyi-bunyi (meskipun ketajaman pendengaran normal).
  Kemudian dapat terjadi kesalahan dalam kemampuan membaca lisan, seperti ditunjukkan berikuti ini :
  (a) ada kata-kata atau bagian-bagiannya yang mengalami penghilangan, penggantian, penyimpangan, atau penambahan;
  (b) kecepatan membaca yang lambat;
  (c) salah memulai, keraguan yang lama atau kehilangan bagian dari teks dan tidak tepat menyusun kalimat; dan
  (d) susunan kata-kata yang terbalik dalam kalimat, atau huruf huruf yang terbalik dalam kata-kata.
  Dapat juga terjadi defisit dalam memahami bacaan, seperti diperlihatkan oleh contoh:
  (e) ketidak-mampuan menyebut kembali isi bacaan;
  (f) ketidak-mampuan untuk menarik kesimpulan dari materi bacaan; dan
  (g) dalam menjawab pertanyaan perihal sesuatu bacaan, lebih menggunakan pengetahuan umum sebagai latar belakang informasi daripada informasi yang berasal dari materi bacaan tersebut.
- Gangguan emosional dan/atau perilaku yang menyertai biasanya timbul pada masa usia sekolah. Masalah emosional biasanya lebih banyak pada masa tahun pertama sekolah, tetapi gangguan perilaku dan sindrom hiperaktivitas hampir selalu ada pada akhir masa kanak dan remaja.

F81.1 Gangguan Mengeja Khas

Pedoman Diagnostik

- Gambaran utama dari gangguan ini adalah hendaya yang khas dan bermakna dalam perkembangan kemampuan mengeja *tanpa riwayat gangguan membaca khas*, yang bukan disebabkan oleh rendahnya usia mental, pendidikan sekolah yang tidak adekuat, masalah ketajaman penglihatan, pendengaran atau fungsi neurologis, dan juga bukan didapatkan sebagai akibat gangguan neurologis, gangguan jiwa, atau gangguan lainnya.
- Kamampuan mengeja anak harus secara bermakna dibawah tingkat yang seharusnya berdasarkan usianya, inteligensia umum, dan tingkat sekolahnya, dan terbaik dinilai dengan cara pemeriksaan untuk kemampuan mengeja yang baku.

F81.2 Gangguan Berhitung Khas

Pedoman Diagnostik

- Gangguan ini meliputi hendaya yang khas dalam kemampuan berhitung yang tidak dapat diterangkan berdasarkan adanya retardasi mental umum atau tingkat pendidikan di sekolah yang tidak adekuat. Kekurangannya ialah penguasaan pada *kemampuan dasar berhitung* yaitu tambah, kurang, kali, bagi (bukan kemampuan matematik yang lebih abstrak dalam aljabar, trigonometri, geometri atau kalkulus).
- Kemampuan berhitung anak harus secara bermakna lebih rendah daripada tingkat yang seharusnya dicapai berdasarkan usianya, inteligensia umum, tingkat sekolahnya, dan terbaik dinilai dengan cara pemeriksaan untuk kemampuan berhitung yang baku.
- Keterampilan *membaca* dan *mengeja* harus dalam batas normal sesuai dengan umur mental anak.
- Kesulitan dalam berhitung *bukan* disebabkan pengajaran yang tidak adekuat, atau efek langsung dari ketajaman penglihatan, pendengaran, atau fungsi neurologis, dan tidak didapatkan sebagai akibat dari gangguan neurologis, gangguan jiwa, atau gangguan lainnya

F81.3 Gangguan Belajar Campuran

Pedoman Diagnostik

- Merupakan kategori sisa gangguan yang batasannya tidak jelas
- Hendaya pada kemampuan *berhitung, membaca* atau *mengeja* secara bermakna, tetapi tidak dapat diterangkan sebagai akibat dari retardasi mental atau pengajaran yang tidak adekuat, atau efek langsung dari ketajaman penglihatan, pendengaran, atau fungsi neurologis.
- Gangguan yang memenuhi kriteria pada F81.2, F81.0 atau F81.1

F81.8 Gangguan Perkembangan Belajar Lainnya

F81.9 Gangguan Perkembangan Belajar YTT

F82 GANGGUAN PERKEMBANGAN MOTORIK KHAS

- Gambaran utama dari gangguan ini adalah hendaya berat dalam *perkembangan koordinasi motorik* yang tidak semata-mata disebabkan oleh retardasi mental atau gangguan neurologis khas baik yang didapat atau yang kongenital (selain dari yang secara implisit ada kelainan koordinasi). Sesuatu yang biasa bahwa kelambanan motorik dihubungkan dengan hendaya dalam kemampuan melaksanakan tugas kognitif visuo-spasial.

- Koordinasi matorik anak, dalam gerak halus atau kasar, harus secara bermakna di bawah rata-rata dari yang seharusnya berdasarkan usianya dan inteligensia umum. Keadaan ini terbaik dinilai dengan tes baku dari koordinasi motorik.

- Kesulitan dalam koordinasi harus sudah tampak sejak dalam *fase perkembangan awal* (bukan merupakan hendaya yang didapat), dan juga bukan akibat langsung dari gangguan penglihatan atau pendengaran atau dari gangguan neurologis lainnya.

- Jangkauan dari gangguan yang meliputi koordinasi motorik halus dan kasar *sangat luas*, dan pola hendaya motorik bervariasi sesuai usia. Tahap perkembangan motorik dapat terlambat dan dapat berkaitan dengan kesulitan berbicara (khususnya mengenai gangguan artikulasi).
  Anak tampak aneh cara berjalannya, lambat belajar berlari, meloncat dan naik-turun tangga. Terdapat kesulitan belajar mengikat tali sepatu, memasang dan melepaskan kancing, serta melempar dan menangkap bola. Anak tampak lamban dalam gerak halus dan kasar, benda yang dipegang mudah jatuh; terjatuh, tersandung, menabrak, dan tulisan tangan yang buruk. Tak pandai menggambar, dan sulit mengerjakan permainan "jigsaw", menggunakan peralatan konstruksional, menyusun bentuk bangunan, membangun model, main bola serta menggambar dan mengerti peta. Sering disebut juga *"the Clumsy Child Syndrome"*.

- Kesulitan bersekolah dapat dijumpai dan kadang-kadang tarafnya sangat berat; dalam beberapa kasus terdapat juga *masalah perilaku sosio-emosional,* tetapi frekuensi dan cirinya tidak banyak diketahui.

- Tidak dijumpai kelainan neurologis yang nyata (seperti cerebral palsy atau distrofi otot). Pada kebanyakan kasus dengan pemeriksaan klinis yang teliti, menunjukkan kelambatan perkembangan neurologis (didapatkan "soft neurological signs" yang dapat terjadi pada anak normal tanpa menunjukkan lokasi lesi). Pada beberapa kasus dapat dijumpai riwayat komplikasi perinatal. seperti berat badan lahir rendah (lahir prematur).

F83 GANGGUAN PERKEMBANGAN KHAS CAMPURAN

- Keadaan ini merupakan sisa kategori gangguan yang batasannya tak jelas, konsepnya tidak adekuat (tetapi perlu) dengan gangguan perkembangan khas campuran dari berbicara dan berbahasa (F80), keterampilan skolastik (F81), dan/atau fungsi motorik (F82), tetapi *tidak ada* satu gejala yang cukup dominan untuk dibuat sebagai diagnosis utama.

F84 GANGGUAN PERKEMBANGAN PERVASIF

- Kelompok gangguan ini ditandai dengan *kelainan kualitatif* dalam interaksi sosial yang timbal-balik dan dalam pola komunikasi,

serta minat dan aktivitas yang terbatas, stereotipik, berulang. Kelainan kualitatif ini menunjukkan gambaran yang pervasif dari fungsi-fungsi individu dalam semua situasi, meskipun dapat berbeda dalam derajat keparahannya.

F84.0 Autisme Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Gangguan perkembangan pervasif yang ditandai oleh adanya kelainan dan/atau hendaya perkembangan yang muncul sebelum usia 3 tahun, dan dengan ciri kelainan fungsi dalam tiga bidang: *interaksi sosial, komunikasi, dan perilaku yang terbatas dan berulang.*
- Biasanya tidak jelas ada periode perkembangan yang normal sebelumnya, tetapi bila ada, *kelainan perkembangan* sudah menjadi jelas *sebelum usia 3 tahun*, sehingga diagnosis sudah dapat ditegakkan. Tetapi gejala-gejalanya (sindrom) dapat di diagnosis pada semua kelompok umur.
- Selalu ada hendaya kualitatif dalam *interaksi sosial* yang timbal balik (reciprocal social interaction). Ini berbentuk apresiasi yang tidak adekuat terhadap isyarat sosio-emosional, yang tampak sebagai kurangnya respons terhadap emosi orang lain dan/atau kurangnya modulasi terhadap perilaku dalam konteks sosial; buruk dalam menggunakan isyarat sosial dan integrasi yang lemah dalam perilaku sosial, emosional dan komunikatif; dan khususnya, kurangnya respons timbal balik sosio-emosional.
- Demikian juga terdapat hendaya kualitatif dalam *komunikasi*. Ini berbentuk kurangnya penggunaan keterampilan bahasa yang dimiliki di dalam hubungan sosial; hendaya dalam permainan imaginatif dan imitasi sosial; keserasian yang buruk dan kurangnya interaksi timbal balik dalam percakapan; buruknya keluwesan dalam bahasa ekspresif dan kreativitas dan fantasi dalam proses pikir yang relatif kurang; kurangnya respons emosional terhadap ungkapan verbal dan non-verbal orang lain; hendaya dalam menggunakan variasi irama atau penekanan sebagai modulasi komunikatif; dan kurangnya isyarat tubuh untuk menekankan atau memberi arti tambahan dalam komunikasi lisan.
- Kondisi ini juga ditandai oleh *pola perilaku, minat dan kegiatan yang terbatas, berulang dan stereotipik.* Ini berbentuk kecenderungan untuk bersikap kaku dan rutin dalam berbagai aspek kehidupan sehari-hari; ini biasanya berlaku untuk kegiatan baru dan juga kebiasaan sehari-ha-ri serta pola bermain. Terutama sekali dalam masa kanak yang dini, dapat terjadi kelekatan yang khas terhadap benda-benda yang aneh, khususnya benda yang tidak lunak. Anak dapat memaksakan suatu kegiatan rutin dalam ritual yang sebetulnya tidak perlu; dapat terjadi preokupasi yang stereotipik terhadap suatu minat seperti tanggal, rute atau jadwal; sering terdapat stereotipi motorik; sering menunjukkan minat khusus terhadap segi-segi non-fungsional dari benda-benda (misalnya bau atau rasanya); dan terdapat penolakan terhadap perubahan dari rutinitas atau dalam detil dari lingkungan hidup pribadi (seperti perpindahan mebel atau hiasan dalam rumah).
- Semua tingkatan IQ dapat ditemukan dalam hubungannya dengan autisme, tetapi pada tiga perempat kasus secara signifikan terdapat retardasi mental.

F84.1 Autisme Tak Khas

Pedoman Diagnostik

- Gangguan perkembangan pervasif yang berbeda dari autisme dalam hal usia onset maupun tidak terpenuhinya ketiga kriteria diagnostik. Jadi kelainan dan atau hendaya perkembangan menjadi jelas untuk pertama kalinya pada usia *setelah 3 tahun*; dan/atau tidak cukup menunjukkan kelainan dalam satu atau dua dari tiga bidang psikopatologi yang dibutuhkan untuk diagnosis autisme (interaksi sosial timbal-balik, komunikasi, dan perilaku terbatas, stereotipik, dan berulang) meskipun terdapat kelainan yang khas dalam bidang lain.
- Autisme tak khas sering muncul pada individu dengan retardasi mental yang berat, yang sangat rendah kemampuannya, sehingga pasien tidak mampu menampakkan gejala yang cukup untuk menegakkan diagnosis autisme; Ini juga tampak pada individu dengan gangguan perkembangan yang khas dari bahasa reseptif yang berat.

F84.2 Sindrom Rett

Pedoman Diagnostik

- Pada sebagian besar kasus onset gangguan terjadi pada usia 7-24 bulan. Pola perkembangan awal yang tampak normal atau mendekati normal, diikuti dengan kehilangan sebagian atau seluruhnya keterampilan tangan dan berbicara yang telah didapat, bersamaan dengan terdapatnya *kemunduran/perlambatan pertumbuhan kepala*. Perjalanan gangguan bersifat *"progressive motor deterioration"*.
- Gejala khas yang paling menonjol adalah *hilangnya kemampuan gerakan tangan yang bertujuan* dan keterampilan manipulatif dari motorik halus yang telah terlatih. Disertai kehilangan atau hambatan seluruh atau sebagian perkembangan berbahasa; *gerakan seperti mencuci tangan yang stereotipik*, dengan fleksi lengan di depan dada atau dagu; membasahi tangan secara stereotipik dengan ludah (saliva); *hambatan dalam mengunyah makanan yang baik*; sering terjadi episode hiperventilasi; hampir selalu gagal dalam pengaturan buang air besar dan buang air kecil; sering terdapat penjuluran lidah dan air liur yang menetas; dan kehilangan dalam ikatan sosial.
- Secara khas tampak anak tetap dapat "senyum sosial" (social smile), menatap seseorang dengan "kosong", tetapi tidak terjadi *interaksi sosial* dengan mereka pada awal masa kanak (walaupun interaksi sosial dapat berkembang kemudian).
- Cara berdiri dan berjalan cenderung melebar (broad-based), 0tot hipotonik, *koordinasi gerak tubuh* memburuk (ataksia), serta skoliosis atau kifoskoliosis yang berkembang kemudian. Atrofi spinal, dengan disabilitas motorik berat yang muncul pada saat remaja atau dewasa pada kurang lebih 50 % kasus.
  Kemudian dapat timbul spastisitas dan rigiditas, yang biasanya lebih banyak terjadi pada ekstremitas bawah dari pada ekstremitas atas. Serangan epileptik yang mendadak (epileptic fits), biasanya dalam bentuk yang kecil-kecil, dengan onset serangan umumnya sebelum usia 8 tahun, hal ini terjadi pada kebanyakan kasus. Berbeda sekali dengan autisme, disini jarang terjadi perilaku mencederai diri dengan sengaja dan preokupasi yang stereotipik kompleks atau yang rutin.

F84.3 Gangguan Desintegratif Masa Kanak Lainnya

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis ditegakkan berdasarkan suatu perkembangan normal yang jelas sampai usia minimal 2 tahun, yang diikuti dengan kehilangan yang nyata dari keterampilan yang sudah diperoleh sebelumnya; disertai dengan kelainan kualitatif dalam fungsi-fungsi sosial.
- Biasanya terjadi regresi yang berat atau kehilangan kemampuan berbahasa, regresi dalam kemampuan bermain, keterampilan sosial, dan perilaku adaptif, dan sering dengan hilangnya pengendalian buang air besar atau kecil, kadang-kadang disertai dengan kemerosotan pengendalian motorik.
- Yang khas, keadaan tersebut besamaan dengan hilangnya secara menyeluruh perhatian/minat terhadap lingkungan, adanya mannerisme motorik yang stereotipik dan berulang, serta hendaya dalam interaksi sosial dan komunikasi yang mirip dengan autisme.
- Dalam hal-hal tertentu sindrom ini mirip dengan *dementia* pada orang dewasa, tetapi berbeda dalam tiga hal: biasanya tidak ada bukti penyakit atau kerusakan organik yang dapat ditemukan (walaupun beberapa tipe disfungsi otak organik dapat ditelusuri); kehilangan keterampilan dapat diikuti dengan beberapa derajat perbaikan; hendaya dalam fungsi sosial dan komunikasi mempunyai kualitas lebih berciri autistik daripada kemunduran intelektual;

F84.4 Gangguan Aktivitas Berlebih Yang Berhubungan dengan Retardasi Mental dan Gerakan Stereotipik

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis ditentukan oleh kombinasi antara perkembangan yang tak serasi dari overaktivitas yang berat, stereotipi motorik, dan retardasi mental berat;
- Ketiga hal tersebut harus ada untuk menegakkan diagnosis. Bila kriteria diagnostik untuk F84.0, F84.1, atau F84.2 terpenuhi, keadaan tersebut harus didiagnosis sesuai kriterianya.

F84.5 Sindrom Asperger

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis ditentukan oleh kombinasi antara:
  - tidak adanya hambatan/keterlambatan umum dalam perkembangan berbahasa atau perkembangan kognitif yang secara klinis jelas, seperti pada autisme,
  - adanya defisiensi kualitatif dalam fungsi interaksi sosial yang timbal-balik dan
  - adanya pola perilaku, perhatian dan aktivitas, yang terbatas, berulang dan stereotipik.
- Mungkin terdapat atau tidak terdapat masalah dalam komunikasi yang sama seperti yang berkaitan dengan autisme, tetapi terdapatnya keterlambatan berbahasa yang jelas akan menyingkirkan diagnosis ini.

F84.8 Gangguan Perkembangan Pervasif Lainnya

F84.9 Gangguan Perkembangan Pervasif YTT

F88 GANGGUAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS LAINNYA

F89 GANGGUAN PERKEMBANGAN PSIKOLOGIS YTT

F90 - F98
GANGGUAN PERILAKU dan EMOSIONAL DENGAN ONSET BIASANYA PADA MASA KANAK dan REMAJA

F90 GANGGUAN HIPERKINETIK
- F90.0 Gangguan aktivitas dan perhatian
- F90.1 Gangguan tingkah laku hiperkinetik
- F90.8 Gangguan hiperkinetik lainnya
- F90.9 Gangguan hiperkinetik YTT

F91 GANGGUAN TINGKAH LAKU
- F91.0 Gangguan tingkah laku yang terbatas pada lingkungan keluarga
- F91.1 Gangguan tingkah laku tak berkelompok
- F91.2 Gangguan tingkah laku berkelompok
- F91.3 Gangguan sikap menentang (membangkang)
- F91.8 Gangguan tingkah laku lainnya
- F91.9 Gangguan tingkah laku YTT

F92 GANGGUAN CAMPURAN TINGKAH LAKU dan EMOSI
- F92.0 Gangguan tingkah laku depresif
- F92.8 Gangguan campuran tingkah laku dan emosi lainnya
- F92.9 Gangguan campuran tingkah laku dan emosi YTT

F93 GANGGUAN EMOSIONAL DENGAN ONSET KHAS PADA MASA KANAK
- F93.0 Gangguan anxietas perpisahan masa kanak
- F93.1 Gangguan anxietas fobik masa kanak
- F93.2 Gangguan anxietas sosial masa kanak
- F93.3 Gangguan persaingan antar saudara
- F93.8 Gangguan emosional masa kanak lainnya
- F93.9 Gangguan emosional masa kanak YTT

F94 GANGGUAN FUNGSI SOSIAL DENGAN ONSET KHAS PADA MASA KANAK dan REMAJA
- F94.0 Mutisme elektif
- F94.1 Gangguan kelekatan reaktif masa kanak
- F94.2 Gangguan kelekatan tak terkendali masa kanak
- F94.8 Gangguan fungsi sosial masa kanak lainnya
- F94.9 Gangguan fungsi sosial masa kanak YTT

F95 GANGGUAN "TIC"
- F95.0 Gangguan "tic" sementara
- F95.1 Gangguan "tic" motorik dan vokal kronik
- F95.2 Gangguan kombinasi "tic" vokal dan motorik multipel (sindrom de la Tourette)
- F95.8 Gangguan "tic" lainnya
- F95.9 Gangguan "tic" YTT

F98 GANGGUAN PERILAKU dan EMOSIONAL LAINNYA DENGAN ONSET BIASANYA PADA MASA KANAK dan REMAJA
- F98.0 Enuresis non-organik
- F98.1 Enkopresis nonorganik
- F98.2 Gangguan makan masa bayi dan kanak
- F98.3 Pika masa bayi dan kanak
- F98.4 Gangguan gerakan stereotipik

F98.5 Gagap (Stuttering / Stammering)
F98.6 Berbicara cepat dan tersendat (Cluttering)
F98.8 Gangguan perilaku dan emosional lainnya YDT dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja
F98.9 Gangguan perilaku dan emosional lainnya YTT dengan onset biasanya pada masa kanak dan remaja

F99 GANGGUAN MENTAL YTT

F99 Gangguan mental YTT

GANGGUAN PERILAKU dan EMOSIONAL DENGAN ONSET BIASANYA PADA MASA KANAK dan REMAJA

F90. GANGGUAN HIPERKINETIK

Pedoman Diagnostik

- Ciri-ciri utama ialah *berkurangnya perhatian* dan *aktivitas berlebihan*. Kedua ciri ini menjadi syarat mutlak untuk diagnosis dan haruslah nyata ada pada lebih dari satu situasi (misalnya di rumah, di kelas, di klinik).
- *Berkurangnya perhatian* tampak jelas dari terlalu dini dihentikannya tugas dan ditinggalkannya suatu kegiatan sebelum tuntas selesai. Anak-anak ini seringkali beralih dari satu kegiatan ke kegiatan lain, rupanya kehilangan minatnya terhadap tugas yang satu, karena perhatiannya tertarik kepada kegiatan lainnya (sekalipun kajian laboratorium pada umumnya tidak menunjukkan adanya derajat gangguan sensorik atau perseptual yang tidak biasa). Berkurangnya dalam ketekunan dan perhatian ini seharusnya hanya didiagnosis bila sifatnya berlebihan bagi anak dengan usia atau IQ yang sama.
- *Hiperaktivitas* dinyatakan dalam kegelisahan yang berlebihan, khususnya dalam situasi yang menuntut keadaan relatif tenang. Hal ini, tergantung dari situasinya, mencakup anak itu berlari-lari atau berlompat-lompat sekeliling ruangan, ataupun bangun dari duduk/kursi dalam situasi yang menghendaki anak itu tetap duduk, terlalu banyak berbicara dan ribut, atau kegugupan/kegelisahan dan berputar-putar (berbelit-belit). Tolok ukur untuk penilaiannya ialah bahwa suatu aktivitas disebut berlebihan dalam konteks apa yang diharapkan pada suatu situasi dan dibandingkan dengan anak-anak lain yang sama umur dan nilai IQ-nya. Ciri khas perilaku ini paling nyata di dalam suatu situasi yang berstruktur dan diatur yang menuntut suatu tingkat sikap pengendalian diri yang tinggi.
- *Gambaran penyerta* tidaklah cukup bahkan tidak diperlukan bagisuatu diagnosis, namun demikian ia dapat mendukung. Kecerobohan dalam hubungan-hubungan sosial, kesembronoan dalam situasi yang berbahaya dan sikap yang secara impulsif melanggar tata tertib sosial (yang diperlihatkan dengan mencampuri urusan atau mengganggu kegiatan orang lain, terlampau cepat menjawab pertanyaan-pertanyaan yang belum lengkap diucapkan orang, atau tidak sabar menunggu giliran nya), kesemuanya merupakan ciri khas dari anak-anak dengan gangguan ini.
- Gangguan belajar serta kekakuan motorik sangat sering terjadi dan haruslah *di catat secara terpisah* (di bawah F80-F89) bila ada; namun demikian tidak boleh dijadikan bagian dari diagnosis aktual mengenai gangguan hiperkinetik yang sesungguhnya.
- Gejala-gejala dari gangguan tingkah laku bukan merupakan kriteria eksklusi ataupun kriteria inklusi untuk diagnosis utamanya, tetapi ada tidaknya gejala-gejala itu dijadikan dasar untuk *subdivisi utama* dari gangguan tersebut (lihat di bawah)

F90.0 Gangguan Aktivitas dan Perhatian

- Kriteria umum mengenai gangguan hiperkinetik (F90) telah terpenuhi, tetapi kriteria untuk gangguan tingkah laku (F91) tidak terpenuhi.
- Termasuk: gangguan defisit perhatian dengan hiperaktivitas

F90.1 Gangguan Tingkah Laku Hiperkinetik

- Memenuhi kriteria menyeluruh mengenai gangguan hiperkinetik (F90) dan juga kriteria menyeluruh mengenai gangguan tingkah laku (F91).

F90.8 Gangguan Hiperkinetik Lainnya

F90.9 Gangguan Hiperkinetik YTT

- Kategori sisa ini tidak dianjurkan dan hanyalah boleh digunakan bila kurang dapat dibedakan antara F90.0 dan F90.1, tetapi memenuhi keseluruhan kriteria untuk F90.

F91 GANGGUAN TINGKAH LAKU

Pedoman Diagnostik

- Gangguan tingkah laku berciri khas dengan adanya suatu pola tingkah laku dissosial, agresif atau menentang, yang *berulang dan menetap.*
- Penilaian tentang adanya gangguan tingkah laku perlu memperhitungkan *tingkat perkembangan anak.* Temper tantrums, merupakan gejala normal pada perkembangan anak berusia 3 tahun, dan adanya gejala ini bukan merupakan dasar bagi diagnosis ini. Begitu pula, pelanggaran terhadap hak orang lain (seperti pada tindak pidana dengan kekerasan) tidak termasuk kemampuan anak berusia 7 tahun dan dengan demikian bukan merupakan kriteria diagnostik bagi anak kelompok usia tersebut. Contoh-contoh perilaku yang dapat menjadi dasar diagnosis mencakup hal-hal berikut: perkelahian atau menggertak pada tingkat berlebihan; kejam terhadap hewan atau sesama manusia; perusakan yang hebat atas barang milik orang; membakar; pencurian; pendustaan berulang-ulang; membolos dari sekolah dan lari dari rumah; sangat sering meluapkan temper tantrum yang hebat dan tidak biasa; perilaku provokatif yang menyimpang; dan sikap menentang yang berat serta menetap. Masing-masing dari kategori ini, apabila ditemukan, adalah cukup untuk menjadi alasan bagi diagnosis ini, namun demikian perbuatan dissosial yang terisolasi bukan merupakan alasan yang kuat.
- **Diagnosis ini tidak dianjurkan kecuali bila tingkah laku seperti yang diuraikan di atas berlanjut selama *6 bulan atau lebih.***

F91.0 Gangguan Tingkah Laku Yang Terbatas pada Lingkungan Keluarga

Pedoman Diagnostik

- Memenuhi kriteria F91 secara menyeluruh
- Tidak ada gangguan tingkah laku yang signifikan di luar lingkungan keluarga dan juga hubungan sosial anak di luar lingkungan keluarga masih berada dalam batas-batas normal.

F91.1 Gangguan Tingkah Laku Tak Berkelompok

Pedoman Diagnostik

- Ciri khas dari gangguan tingkah laku tak berkelompok ialah adanya kombinasi mengenai perilaku dissosial dan agresif berkelanjutan (yang memenuhi seluruh kriteria F91 dan tidak terbatas hanya pada perilaku membangkang, menentang dan merusak) , dengan sifat kelainan yang pervasif dan bermakna dalam *hubungan anak yang bersangkutan dengan anak-anak lainnya.*
- Tiadanya keterpaduan yang efektif dengan kelompok sebaya merupakan perbedaan penting dengan gangguan tingkah laku yang "berkelompok" (socialized) dan ini diutamakan di atas segala perbedaan lainnya.
- Rusaknya hubungan dengan *kelompok sebaya* terutama dibuktikan oleh keterkucilan dari dan/atau penolakan oleh, atau kurang disenanginya oleh anak-anak sebayanya, dan karena ia tidak mempunyai sahabat karib atau hubungan empatik, hubungan timbal balik yang langgeng dengan anak dalam kelompok usianya. Hubungan dengan orang dewasa pun ditandai oleh perselisihan, rasa bermusuhan, dan dendam. Hubungan baik dengan orang dewasa dapat terjalin (sekali pun biasanya kurang bersifat akrab dan percaya); dan seandainya ada, tidak menyisihkan kemungkinan diagnosis ini.
- Tindak kejahatan lazim (namun tidak mutlak) dilakukan *sendirian.* Perilaku yang khas terdiri dari: tingkah laku menggertak, sangat sering berkelahi,dan (pada anak yang lebih besar) pemerasan atau tindak kekerasan; sikap membangkang secara berlebihan, perbuatan kasar, sikap tidak mau bekerjasama, dan melawan otoritas; mengadat berlebihan dan amarah yang tak terkendali; merusak barang orang lain, sengaja membakar, perlakuan kejam terhadap hewan dan terhadap sesama anak. Namun ada pula anak yang terisolasi, juga terlibat dalam tindak kejahatan berkelompok. Maka jenis kejahatan yang dilakukan tidaklah penting dalam menegakkan diagnosis, yang lebih penting adalah soal *kualitas* hubungan personal-nya.

F91.2 Gangguan Tingkah Laku Berkelompok

Pedoman Diagnostik

- Kategori ini berlaku terhadap gangguan tingkah laku yang ditandai oleh perilaku dissosial atau agresif berkelanjutan (memenuhi kriteria untuk F91 dan tidak hanya terbatas pada perilaku menentang, membangkang, merusak) terjadi pada anak yang pada umumnya cukup terintegrasi di dalam kelompok sebayanya.
- Kunci perbedaan terpenting ialah terdapatnya ikatan persahabatan langgeng dengan anak yang seusia. Sering kali, namun tidak selalu, kelompok sebaya itu terdiri atas anak-anak yang juga terlibat dalam kegiatan kejahatan atau dissosial (tingkah laku anak yang tidak dibenarkan masyarakat justru dibenarkan oleh kelompok sebayanya itu dan di atur oleh subkultur yang menyambutnya dengan baik). Namun hal ini bukan merupakan syarat mutlak untuk diagnosisnya; bisa saja anak itu menjadi warga kelompok sebaya yang tidak terlibat dalam tindak kejahatan sementara perilaku dissosial dilakukannya di luar lingkungan kelompok itu. Bila perilaku dissosial itu pada khususnya, merupakan penggertakan terhadap anak lain, boleh jadi hubungan dengan korbannya atau beberapa anak lain terganggu. Perlu ditegaskan lagi, bahwa hal ini tidak membatalkan diagnosisnya, asal saja anak itu memang termasuk dalam kelompok sebaya dan ia merupakan *anggota yang setia dan mengadakan ikatan persahabatan yang langgeng.*

F91.3 Gangguan Sikap Menentang (Membangkang)

Pedoman Diagnostik

- Ciri khas dari jenis gangguan tingkah laku ini ialah berawal pada anak di bawah usia 9 dan 10 tahun. Ditandai oleh *adanya* perilaku menentang, ketidak-patuhan (disobedient), perilaku provokatif dan *tidak adanya* tindakan dissosial dan agresif yang lebih berat yang melanggar hukum ataupun melanggar hak asasi orang lain.
- Pola perilaku negativistik, bermusuhan, menentang, provokatif dan merusak tersebut berlangsung secara *berkelanjutan*, yang jelas sekali *melampaui* rentang perilaku normal bagi anak pada kelompok usia yang sama dalam lingkungan sosial-budaya yang serupa, dan tidak mencakup pelanggaran yang lebih serius terhadap hak orang lain seperti dalam kategori F91.0 dan F91.2. Anak dengan gangguan ini cenderung sering kali dan secara aktif membangkang terhadap permintaan atau peraturan dari orang dewasa serta dengan sengaja mengusik orang lain. Lazimnya mereka bersikap marah, benci dan mudah terganggu oleh orang lain yang dipersalahkan atas kekeliruan dan kesulitan yang mereka lakukan sendiri. Mereka umumnya mempunyai daya toleransi terhadap frustrasi yang rendah dan cepat hilang kesabarannya. Lazimnya sikap menentangnya itu bersifat provokatif, sehingga mereka mengawali konfrontasi dan sering kali menunjukkan sifat kasar sekali, kurang suka kerjasama, menentang otoritas.

F91.8 Gangguan Tingkah Laku Lainnya

F91.9 Gangguan Tingkah Laku YTT

- Hanya digunakan untuk gangguan yang memenuhi kriteria umum untuk F91, namun tidak memenuhi kriteria untuk salah satu subtipe lainnya.

F92 GANGGUAN CAMPURAN TINGKAH LAKU dan EMOSI

Pedoman Diagnostik

- Ciri khas dari kelompok gangguan ini ialah adanya gabungan dari perilaku agresif, dissosial, atau menentang yang menetap dengan gejala yang nyata dari depresi, anxietas atau gangguan emosional lainnya.
- Gangguan ini harus cukup berat untuk dapat memenuhi kriteria gangguan tingkah laku pada masa kanak (F91) dan gangguan emosional pada masa kanak (F93) atau bentuk gangguan neurotik pada masa dewasa (F40-F49) atau gangguan suasana perasaan /mood (F30-F39).

F92.0 Gangguan Tingkah Laku Depresif

- Kombinasi dari gangguan tingkah laku masa kanak (F91) dengan *keadaan depresif yang berkelanjutan dan menetap*, yang dinyatakan dalam gejala seperti rasa duka nestapa yang berlebihan, hilangnya minat dan kesenangan terhadap kegiatan yang sehari-hari, sikap menyesali diri sendiri dan keputus-asaan. Sering juga mengalami susah tidur atau kurang nafsu makan.

F92.8 Gangguan Campuran Tingkah Laku dan Emosi Lainnya

- Kombinasi dari gangguan tingkah laku masa kanak (F91) dengan *gejala emosional yang nyata dan menetap* seperti anxietas, takut, obsesi atau kompulsi, depersonalisasi atau derealisasi, berbagai fobia, atau hipokondriasis.

F92.9 Gangguan Campuran Tingkah Laku dan Emosi YTT

F93 GANGGUAN EMOSIONAL dengan ONSET KHAS PADA MASA KANAK

F93.0 Gangguan Anxietas Perpisahan Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Ciri diagnostik yang terpenting ialah anxietas yang berlebihan yang terfokus dan berkaitan dengan perpisahan dari tokoh yang akrab hubungannya dengan si anak (lazimnya orang tua atau kerabat akrab lainnya), yang *bukan hanya bagian dari anxietas umum berkenaan dengan aneka situasi.*
- Anxietas dapat berbentuk sebagai berikut:
  (a) tidak realistik, kekhawatiran yang mendalam kalau-kalau ada bencana yang akan menimpa tokok yang lekat atau kekhawatiran orang itu akan pergi dan tidak kembali lagi;
  (b) tidak realistik, kekhawatiran mendalam akan terjadi peristiwa buruk, seperti misalnya anak akan kesasar, diculik atau dimasukkan dalam rumah sakit, atau terbunuh,yang akan memisahkannya dari tokoh yang lekat dengan dirinya;
  (c) terus menerus enggan atau menolak masuk sekolah, semata- mata karena takut akan perpisahan (bukan karena alasan lain seperti kekhawatiran tentang peristiwa di sekolah);
  (d) terus menerus enggan atau menolak untuk tidur tanpa ditemani atau didampingi oleh tokoh kesayangannya;
  (e) terus menerus takut yang tidak wajar untuk ditinggalkan seorang diri, atau tanpa ditemani orang yang akrab di rumah pada siang hari;
  (f) berulang mimpi buruk tentang perpisahan;
  (g) sering timbulnya gejala fisik (rasa mual, sakit perut, sakit kepala, muntah-muntah dsb.) pada peristiwa perpisahan dari tokoh yang akrab dengan dirinya, seperti keluar rumah untuk pergi ke sekolah;
  (h) mengalami rasa susah berlebihan (yang tampak dari anxietas, menangis, mengadat, merana, apati, atau pengunduran sosial), pada saat sebelum, selama atau sehabis berlangsungnya perpisahan dengan tokoh yang akrab dengannya.
- Diagnosis ini mensyaratkan tidak adanya gangguan umum pada perkembangan fungsi kepribadian;

F93.1 Gangguan Anxietas Fobik Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Kategori ini hanya berlaku terhadap rasa takut yang khas timbul pada suatu fase perkembangan yang spesifik pada anak;
- Memenuhi kriteria :
  (a) onset pada masa usia perkembangan yang sesuai;
  (b) taraf anxietas itu secara klinis tidak normal; dan
  (c) anxietas itu tidak meruapakan bagian dari suatu gangguan yang menyeluruh.

F93.2 Gangguan Anxietas Sosial Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Kategori ini hanya berlaku bagi gangguan yang timbul *sebelum usia 6 tahun,* yang tidak lazim derajatnya dan disertai aneka masalah berkenaan dengan fungsi secara sosial, dan yang tidak merupakan bagian dari gangguan emosional yang bersifat lebih menyeluruh.
- Anak dengan gangguan ini senantiasa dan berulang kali mengalami rasa waswas dan takut dan menghindari orang yang tak dikenal; rasa takutnya itu dapat timbul hanya terhadap *orang dewasa,* atau hanya dengan *teman sebaya* atau dengan kedua kelompok itu. Rasa takut itu berhubungan dengan kelekatan yang selektif dengan orang tua-nya atau dengan orang lain yang akrab. Kecenderungan menghindar atau rasa takut terhadap perpisahan sosial melebihi batas normal bagi anak seusia itu dan berhubungan dengan masalah fungsi sosial yang secara klinis bermakna.

F93.3 Gangguan Persaingan Antar Saudara (Sibling Rivalry)

Pedoman Diagnostik

- Ciri khas dari gangguan ini mencakup gabungan dari:
  (a) bukti adanya rasa persaingan dan/atau iri hati terhadap saudara;
  (b) onset selama beberapa bulan setelah kelahiran adik (terutama adik langsung);
  (c) gangguan emosional melampaui taraf normal dan/atau berkelanjutan dan berhubungan dengan masalah psikososial.
- Rasa persaingan/iri hati antar saudara mungkin ditandai oleh upaya bersaing yang nyata antar saudara untuk merebut perhatian atau cinta orang tuanya; untuk menjadi abnormal persaingan itu harus ditandai oleh *perasaan negatif yang berlebihan.* Dalam kasus yang berat persaingan ini mungkin disertai oleh rasa permusuhan yang terbuka, trauma fisik dan/atau sikap jahat, dan upaya menjegal saudaranya. Dalam kasus yang ringan rasa persaingan/iri hati itu dapat terlihat dari keengganan berbagi-bagi, kurangnya pandangan positif, dan langkanya interaksi yang ramah.
- Gangguan emosional dapat mengambil beraneka bentuk, yang sering berbentuk bermacam-macam *regresi* dengan hilangnya berbagai keterampilan yang telah dimilikinya (seperti pengendalian buang air besar dan kecil), dan adanya tendensi berperilaku seperti bayi. Tidurnya terganggu dan sering terdapat keinginan besar untuk memperoleh *perhatian orang tua,* misalnya pada saat hendak tidur.

F93.8 Gangguan Emosional Masa Kanak Lainnya

F93.9 Gangguan Emosional Masa Kanak YTT

F94 GANGGUAN FUNGSI SOSIAL DENGAN ONSET KHAS PADA MASA KANAK dan REMAJA

- Ini merupakan kelompok gangguan yang agak heterogen, yang keseluruhannya sama-sama mencakup gangguan fungsi sosial yang berada pada kurun masa perkembangan, namun (berbeda dengan gangguan perkembangan pervasif) terutama *tidak* ditandai oleh suatu ketidak-mampuan atau defisit konstitusi sosial yang nyata yang *menyusup keseluruhan fungsi.*

F94.0 Mutisme Elektif

Pedoman Diagnostik

- Ciri khas dari kondisi ini ialah *selektifitas* yang ditentukan secara *emosional* dalam berbicara, di mana anak itu menunjukan selektifitasnya dalam hal kemampuan bertutur kata dalam situasi-situasi tertentu, namun tidak mampu melakukannya dalam beberapa situasi (khas tertentu) lainnya.
- Untuk diagnosis ini diperlukan:
  (a) tingkat pengertian bahasa yang normal atau hampir normal;
  (b) tingkat kemampuan bertutur kata yang cukup untuk komunikasi sosial;
  (c) bukti yang nyata bahwa anak bersangkutan dapat dan bertutur kata secara normal atau hampir normal dalam beberapa situasi tertentu.

F94.1 Gangguan Kelekatan Reaktif Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Cirinya yang terpenting ialah adanya pola abnormal dalam hubungan anak dengan para pengasuhnya yang timbul *sebelum anak mencapai usia 5 tahun,* yang meliputi ciri-ciri maladaptif yang lazimnya tidak dilihat pada anak-anak yang normal, dan yang tetap berlanjut namun reaktif terhadap perubahan yang cukup jelas pada *pola asuh.*
- Gangguan ini hampir selalu timbul berkaitan dengan pengasuhan anak yang sangat kurang memadai. Hal ini mungkin dalam bentuk penganiayaan psikologis atau penelantaran (yang tampak dari hukuman yang kejam, dan sikap yang senantiasa lalai memberi tanggapan terhadap upaya anak untuk berdamai,atau asuhan yang sangat kurang sempurna sebagai orang tua), atau penganiayaan fisik atau penelantaran anak itu (hal itu terbukti oleh sikap kurang memperhatikan kebutuhan fisik anak, berulang kali dengan sengaja mencederai anak, atau kurang memberi makanan bergizi).

F94.2 Gangguan Kelekatan Tak Terkendali Masa Kanak

Pedoman Diagnostik

- Diagnosis haruslah didasarkan pada kenyataan bahwa anak menunjukkan *kelekatan selektif yang kabur* (diffuseness) selama 5 tahun pertama kehidupan anak dan umumnya berhubungan dengan perilaku melekat sewaktu masa bayi dan/atau *perangai ramah terhadap semua orang*, dan *perilaku menarik perhatian* pada masa dini atau pertengahan usia anak. Biasanya akan mengalami kesulitan dalam membina hubungan akrab, dan saling percaya dengan kelompok teman sebaya.
- Mungkin juga terdapat gangguan emosional atau perilaku yang menyertai (sebagian bergantung pada keadaan anak saat itu). Kebanyakan terdapat *riwayat pengasuh yang berganti-ganti*, dari satu keluarga asuh pindah ke keluarga asuh yang lain.

F94.8 Gangguan Fungsi Sosial Masa Kanak Lainnya

F94.9 Gangguan Fungsi Sosial Masa Kanak YTT

F95 GANGGUAN "TIC"

Pedoman Diagnostik

- "Tic" adalah suatu gerakan motorik (yang lazimnya mencakup suatu kelompok otot khas tertentu) yang tidak dibawah pengendalian, berlangsung cepat, dan berulang-ulang, tidak berirama, ataupun suatu hasil vokal yang timbul mendadak dan tidak ada tujuannya yang nyata. "Tic" jenis *motorik* dan jenis *vokal* mungkin dapat dibagi dalam golongan yang *sederhana* dan yang *kompleks*, sekalipun penggarisan batasannya kurang jelas.
- Ciri khas terpenting yang membedakan "Tic" dari gangguan motorik lainnya ialah gerakan yang mendadak, cepat, sekejab dan terbatasnya gerakan, tanpa bukti gangguan neurologis yang mendasari; sifatnya yang berulang-ulang; (biasanya) terhenti saat tidur; dan mudahnya gejala itu ditimbulkan kembali atau ditekan dengan kemauan. Kurang beriramanya "tic" itu yang membedakannya dari gerakan yang stereotipik berulang yang tampak pada beberapa kasus *autisme* dan *retardasi mental*. Aktivitas motorik manneristik yang tampak pada gangguan ini cenderung mencakup gerakan yang lebih rumit dan lebih bervariasi dari pada gejala "tic". Gerakan *obsesif-kompulsif* sering menyerupai "tic" yang kompleks namun berbeda karena bentuknya cenderung ditentukan oleh tujuannya (misalnya menyentuh atau memutar benda secara berulang) dari pada oleh kelompok otot yang terlibat; walaupun demikian acapkali sulit juga untuk membedakannya.
- "Tic" seringkali terjadi sebagai *fenomena tunggal* namun tidak jarang disertai variasi gangguan emosional yang luas, khususnya, fenomena obsesi dan hipokondrik. Namun ada pula beberapa hambatan perkembangan khas disertai "tic". Tidak terdapat garis pemisah yang jelas antara gangguan "tic" dengan berbagai gangguan emosional dan gangguan emosional disertai "tic". Diagnosisnya mencerminkan *gangguan utama*nya.

F95.0 Gangguan "Tic" Sementara

- Gangguan ini pada umumnya memenuhi kriteria untuk diagnosis gangguan 'tic", tetapi *tidak melampaui 12 bulan.*
- Bentuk ini paling sering dijumpai pada anak *usia 4-5 tahun;* biasanya berupa kedipan mata, muka menyeringai, atau kedutan kepala. Pada sebagian kasus hanya berupa episode tunggal, namun pada beberapa kasus lain hilang timbul selama beberapa bulan.

F95.1 Gangguan "Tic" Motorik atau Vokal Kronik

- Umumnya memenuhi kriteria untuk suatu gangguan "tic" motorik atau vokal (namun bukan kedua-duanya) dan berlangsung selama *lebih dari setahun.*
- "Tic" dapat tunggal atau multipel (tetapi lebih sering bersifat multipel).

F95.2 Gangguan Campuran "Tic" Motorik dan Vokal Multipel (Sindrom de la Tourette)

- "Tic" motorik multipel dengan satu atau beberapa "tic" vokal, yang tidak harus timbul secara serentak dan dalam riwayatnya hilang timbul.
- Onset hampir selalu pada masa kanak atau remaja. Lazimnya ada riwayat "tic" motorik sebelum timbulnya "tic" vokal; sindrom ini sering memburuk pada usia remaja dan lazim pula menetap sampai usia dewasa.
- "Tic" vokal sering bersifat multipel dengan letupan vokalisasi yang berulang-ulang, seperti suara mendehem, bunyi ngorok, dan ada kalanya diucapkan kata-kata atau kalimat-kalimat cabul. Ada kalanya diiringi gerakan isyarat ekopraksia, yang dapat juga bersifat cabul (copropraxia). Seperti juga pada "tic" motorik, "tic" vokal mungkin ditekan dengan kemauan untuk jangka waktu singkat, bertambah parah karena stres dan berhenti saat tidur.

F95.8 Gangguan "Tic" Lainnya

F95.9 Gangguan "Tic" YTT

F98 GANGGUAN PERILAKLU dan EMOSIONAL LAINNYA DENGAN ONSET BIASANYA PADA MASA KANAK dan REMAJA

- Merupakan sekelompok gangguan *heterogen* yang berciri onsetnya pada masa kanak tetapi berbeda dalam banyak segi. Sebagaian kondisinya merupakan sindrom dengan batasan jelas, namun ada pula yang sekedar kumpulan gejala yang tidak memiliki keabsahan nosologis, tetapi dimasukkan hanya karena sering ditemukan dan berhubungan dengan masalah *psikososial,* serta tidak dapat dikelompokan dalam sindrom lain.

F98.0 Enuresis Non-organik

Pedoman Diagnostik

- Suatu gangguan yang ditandai oleh buang air seni tanpa kehendak, pada siang dan/atau malam hari, yang tidak sesuai dengan usia mental anak, dan bukan akibat dari kurangnya pengendalian kandung kemih akibat gangguan neurologis, serangan epilepsi, atau kelainan struktural pada saluran kemih.
- Tidak terdapat garis pemisah yang tegas antara gangguan enuresis dan variasi normal usia seorang anak berhasil mencapai kemampuan pengendalian kandung kemihnya. Namun demikian, enuresis *tidak lazim didiagnosis terhadap anak di bawah usia 5 tahun atau dengan usia mental kurang dari 4 tahun.*
- Bila enuresis ini berhubungan dengan suatu (pelbagai) *gangguan emosional atau perilaku,* yang lazim merupakan diagnosis utamanya, hanya bila terjadi sedikitnya beberapa kali dalam seminggu dan bila gejala lainnya menunjuk *kaitan temporal* dengan enuresis itu (enuresis non-organik sekunder).
- Enuresis ada kalanya timbul bersamaan dengan enkopresis; dalam hal ini *diagnosis enkopresis* yang diutamakan.

F98.1 Enkopresis Non-organik

Pedoman Diagnostik

- Ciri diagnostik yang menentukan ialah pengeluaran tinja secara tak layak. Kondisi ini dapat timbul dengan berbagai cara:
  (a) mungkin menggambarkan kurang adekuatnya latihan kebersihan (toilet training), atau kurang responsifnya anak terhadap latihan itu, dengan riwayat kegagalan terus menerus untuk memperoleh kemampuan mengendalikan gerakan usus;
  (b) mungkin mencerminkan suatu gangguan psikologis dengan pengendalian fisiologis buang air besar normal, tetapi, karena suatu alasan, terdapat keengganan, perlawanan, atau kegagalan untuk menyesuaikan diri dengan norma sosial untuk buang air besar di tempat yang layak;
  (c) mungkin akibat retensi fisiologis, yang bertumpuk pada peletakan tinja di tempat yang tidak layak. Retensi seperti itu mungkin timbul sebagai akibat pertentangan antara orang tua dan anak mengenai latihan buang air besar, atau akibat menahan tinja karena nyari saat buang air besar (misalnya akibat fisura ani), atau karena sebab lain.

- Pada beberapa peristiwa, enkopresis mungkin disertai ulah memoleskan tinja pada tubuh sendiri atau pada lingkungan sekitar dan yang agak jarang, ulah mengcongkel dubur dengan jari atau masturbasi anal. Tidak terdapat garis pemisah yang jelas antara enkopresis yang disertai dengan gangguan emosional/perilaku dan gangguan psikiatrik lain dengan enkopresis sebagai gejala sampingan. Pedoman yang digariskan ialah untuk memberi kode diagnosis enkopresis bila hal tersebut merupakan fenomena yang predominan, dan kode diagnosis gangguan lain apabila enkopresis bukan merupakan fenomena yang predominan (atau bila enkopresis itu hanya terjadi kurang dari sekali sebulan).

- Enkopresis dan enuresis tidak jarang saling berhubungan dan bila hal ini terjadi, pemberian kode diagnosis *enkopresis* haruslah diprioritaskan.

- Enkopresis ada kalanya timbul menyusul suatu kondisi organik, seperti fisura ani atau infeksi gastrointestinal; maka kondisi organik itu harus dijadikan *kode diagnosis yang utama* bila kondisi itu merupakan alasan yang cukup bagi pengeluaran tinja itu, tetapi bila kondisi organik itu hanya merupakan suatu akibat, bukan sebagai penyebab yang cukup memadai, perlu diberi kode enkopresis (di samping kondisi organiknya).

F98.2 Gangguan Makan Masa Bayi dan Kanak

Pedoman Diagnostik

- Gangguan makan dengan berbagai manifestasi biasanya spesifik pada masa bayi dan masa dini kanak. Pada umumnya meliputi *penolakan* makanan dan rewel menghadapi makanan yang memadai dari pengasuh yang baik, tanpa penyakit organik.
- Kesulitan kecil dalam makan adalah lazim pada masa bayi dan kanak (dalam bentuk penolakan seolah kurang makan atau kebanyakan makan). Ulah itu sendiri tidak perlu dipandang sebagai indikasi adanya gangguan.Suatu gangguan barulah perlu didiagnosis bila kesulitan ini jelas melampaui batas normal, bila mutu makannya abnormal, atau bila berat badan anak tidak bertambah, atau berat badan menurun dalam masa minimal sebulan.

F98.3 Pika Masa Bayi dan Kanak

Pedoman Diagnostik

- Gejala Pika adalah terus menerus makan *zat yang tidak bergizi* (tanah, serpihan cat, dsb).
- Pika dapat timbul sebagai salah satu gejala dari sejumlah gangguan psikiatrik yang luas (seperti autisme), atau sebagai perilaku psikopatologis yang tunggal; *hanya dalam keadaan yang disebut belakangan ini digunakan kode diagnosis ini.* Fenomena ini paling sering terdapat pada anak dengan retardasi mental, harus diberi kode diagnosis F70-F79. Namun demikian, pika dapat juga terjadi pada anak (biasanya pada usia dini) yang mempunyai *inteligensia normal.*

F98.4 Gangguan Gerakan Stereotipik

Pedoman Diagnostik

- Merupakan aneka gerakan yang *volunter*, berulang, stereotipik, *nonfungsional* (dan sering bersifat ritmik) *bukan merupakan bagian dari suatu kondisi psikiatrik atau neurologis yang dikenal.*
- Bila gerakan ini terjadi sebagai gejala dari gangguan lain, *hanya gangguan utamanya* yang perlu diberi kode diagnosis (F98.4 jangan digunakan).
- Bila gangguan gerakan stereotipik berhubungan dengan retardasi mental, *kedua* tipe gangguan tersebut harus diberi kode diagnosis. Gerak mencolok mata sendiri lazim terdapat di kalangan anak yang menderita disabilitas visual. Namun adanya disabilitas visual itu bukanlah merupakan alasan yang cukup dan bila terdapat ulah mencolok mata disertai kebutaan (atau buta sebagian), keduanya harus diberi kode diagnosis, ulah mencolok mata dengan kode F98.4 dan kondisi visualnya dengan kode gangguan somatik yang sesuai.

F98.5 Gagap (Stuttering/Stammering)

Pedoman Diagnostik

- Cara berbicara yang ditandai dengan pengulangan suara atau perpanjangan suku kata atau kata, atau sering gugup atau terhenti sehingga mengganggu irama alur bicara.
- Disritmia ringan dari gangguan ini sering ditemukan sebagai suatu *fase transisi* pada usia dini anak, atau sebagai pola berbicara yang ringan namun berkelanjutan pada usia selanjutnya dan pada usia dewasa. Harus digolongkan sebagai gangguan hanya bila *keparahannya sangat menggangu kelancaran berbicara*. Mungkin kondisi ini disertai gerakan pada wajah dan/atau bagian tubuh lainnya yang bersamaan waktu dengan pengulangan, atau hambatan alur bicara. Tidak ditemukan gangguan neurologis yang mendasari.
- Pada beberapa kasus dapat pula disertai oleh gangguan perkembangan berbicara atau berbahasa, dalam hal ini maka harus diberi kode secara *terpisah* di bawah kode F80.

F98.6 Berbicara Cepat dan Tersendat (Cluttering)

Pedoman Diagnostik

- Cara berbicara cepat dengan gangguan kelancaran alurnya, namun *tanpa pengulangan atau kegugupan*, dengan derajat yang cukup parah sehingga menyebabkan kurang jelasnya ucapan.
- Bicaranya kurang menentu dan kurang berirama, dengan letupan cepat cepat, tersendat-sendat yang biasanya meliputi pola pengungkapan yang keliru (antara lain berbicara cepat lalu tersendat-sendat silih berganti, menghasilkan kelompok kata-kata yang kurang teratur susunan tata bahasanya).
- Tidak ditemukan gangguan neurologis yang mendasari.

F98.8 Gangguan Perilaku dan Emosional Lainnya YDT Dengan Onset Biasanya Pada Masa Kanak dan Remaja

F98.8 Gangguan Perilaku dan Emosional Lainnya YTT Dengan Onset Biasanya Pada Masa Kanak dan Remaja

F99 GANGGUAN JIWA YTT

- Ini merupakan kategori tersisa yang tidak dianjurkan, kecuali tidak ada kode diagnosis lain dari F00-F98 dapat digunakan.

SILSILAH PENEGAKAN DIAGNOSIS BANDING

SILSILAH PENEGAKAN DIAGNOSIS BANDING

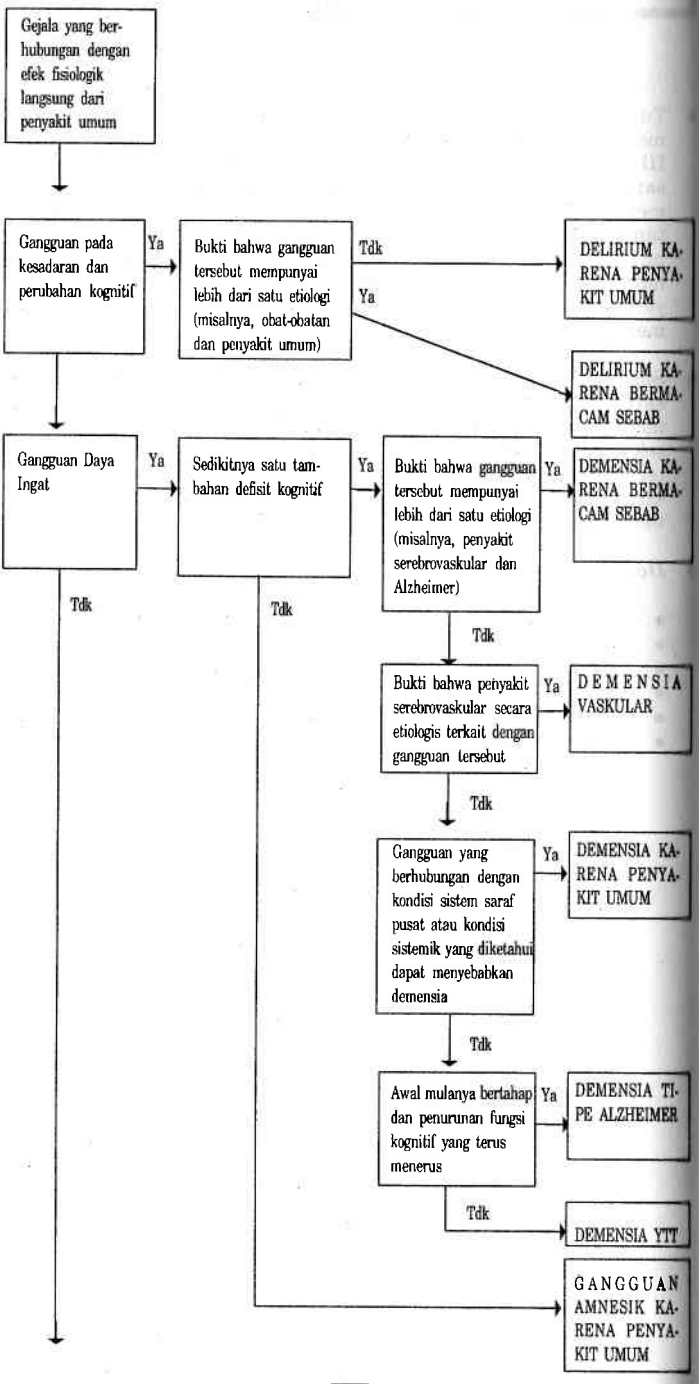
- Tujuan dari Silsilah ini ialah untuk membantu para klinisi untuk mengerti struktur organisasi dan hierarki dari klasifikasi PPDGJ-III yang sesuai dengan DSM-IV. Tiap Silsilah berawal dengan satu susunan gambaran klinis. Bila satu dari gambaran klinis ini merupakan bagian yang menonjol dari gambaran klinis yang ditampilkan, secara klinis dapat mengikuti serangkaian pertanyaan untuk menegakkan atau menyingkirkan berbagai gangguan. Perhatikan bahwa berbagai pertanyaan tersebut hanya suatu ilustrasi yang mendekati kriteria diagnosis dan tidak dimaksudkan untuk menggantikannya.

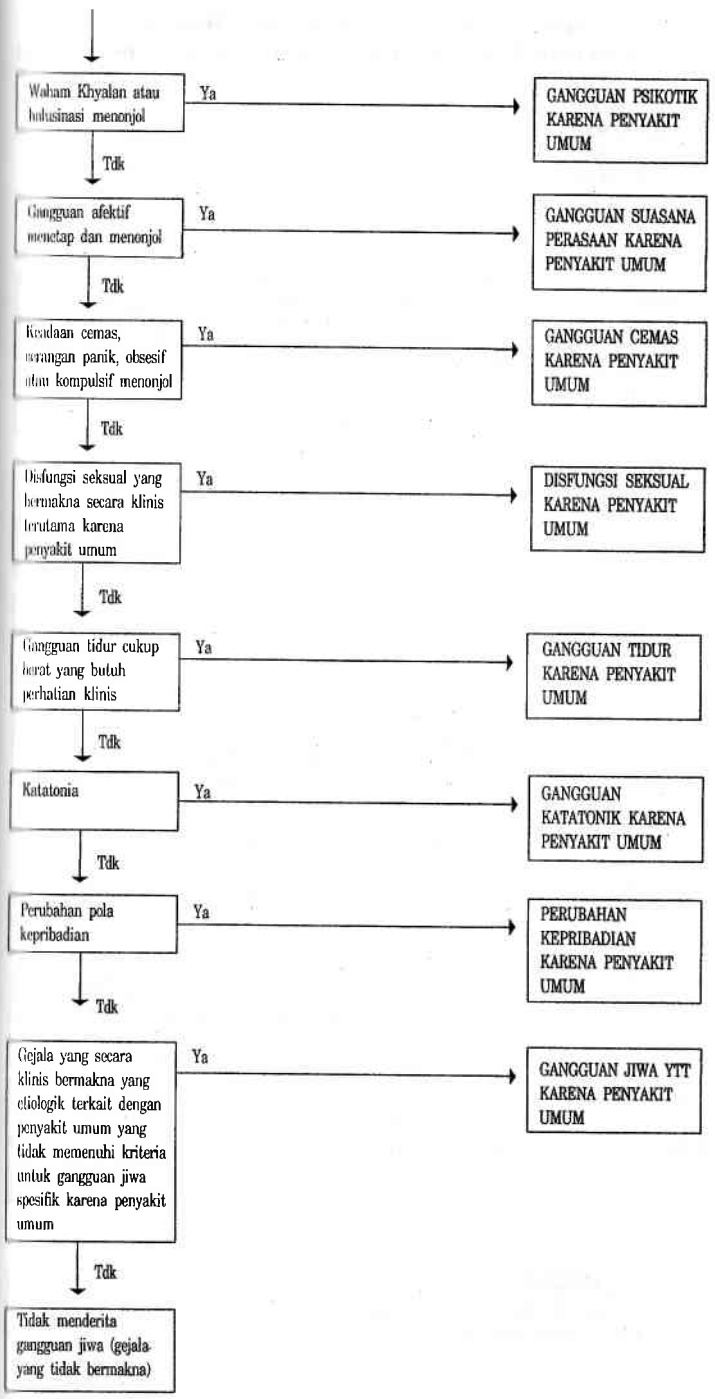
- Silsilah Penegakan Diagnosis Gangguan Psikotik merupakan satu-satunya yang mengandung berbagai gangguan yang saling menyingkirkan diagnosis (yaitu hanya satu gangguan dari tiap seksi dapat ditegakkan diagnosis pada seseorang untuk episoda tertentu). Untuk Silsilah Penegakan Diagnosis lainnya, penting kiranya untuk merujuk kepada susunan kriteria masing-masing untuk pemastian bila lebih dari satu diagnosis cocok.

- ***Daftar Isi:***

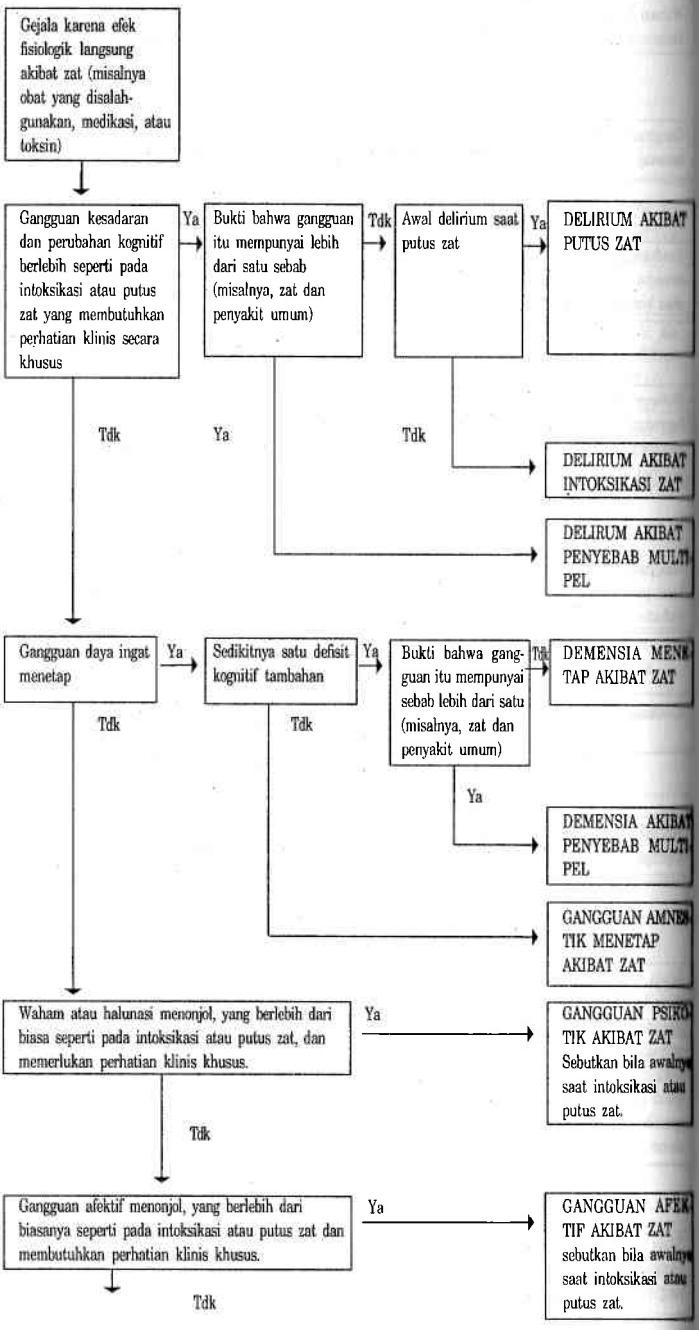
  - Diagnosis Banding Gangguan Jiwa karena Penyakit Umum
  - Diagnosis Banding Gangguan Akibat Zat
  - Diagnosis Banding Gangguan Psikotik
  - Diagnosis Banding Gangguan Afektif
  - Diagnosis Banding Gangguan Cemas
  - Diagnosis Banding Gangguan Somatoform

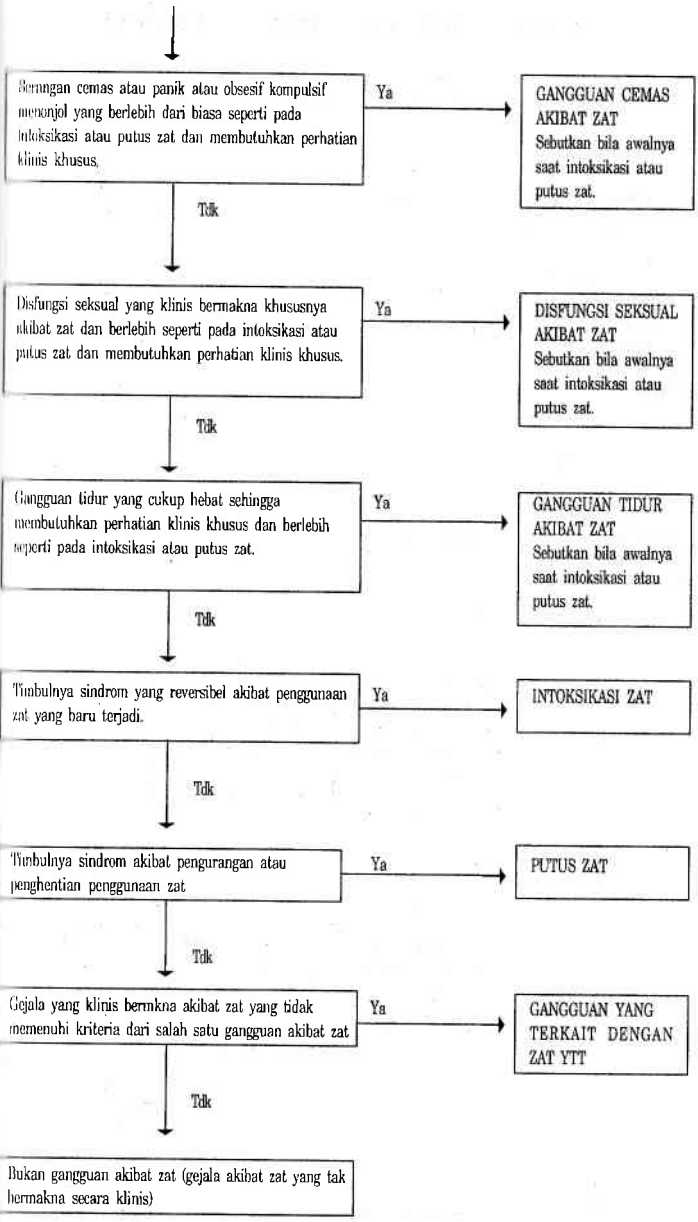
Diagnosis Banding Gangguan Jiwa karena Penyakit Umum


Gejala yang berhubungan dengan efek fisiologik langsung dari penyakit umum
Gangguan pada kesadaran dan perubahan kognitif
Ya
Bukti bahwa gangguan tersebut mempunyai lebih dari satu etiologi (misalnya, obat-obatan dan penyakit umum)
Tdk
DELIRIUM KARENA PENYAKIT UMUM
Ya
DELIRIUM KARENA BERMACAM SEBAB
Gangguan Daya Ingat
Ya
Sedikitnya satu tambahan defisit kognitif
Ya
Bukti bahwa gangguan tersebut mempunyai lebih dari satu etiologi (misalnya, penyakit serebrovaskular dan Alzheimer)
Ya
DEMENSIA KARENA BERMACAM SEBAB
Tdk
Tdk
Tdk
Bukti bahwa penyakit serebrovaskular secara etiologis terkait dengan gangguan tersebut
Ya
DEMENSIA VASKULAR
Tdk
Gangguan yang berhubungan dengan kondisi sistem saraf pusat atau kondisi sistemik yang diketahui dapat menyebabkan demensia
Ya
DEMENSIA KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Awal mulanya bertahap dan penurunan fungsi kognitif yang terus menerus
Ya
DEMENSIA TIPE ALZHEIMER
Tdk
DEMENSIA YTT
GANGGUAN AMNESIK KARENA PENYAKIT UMUM

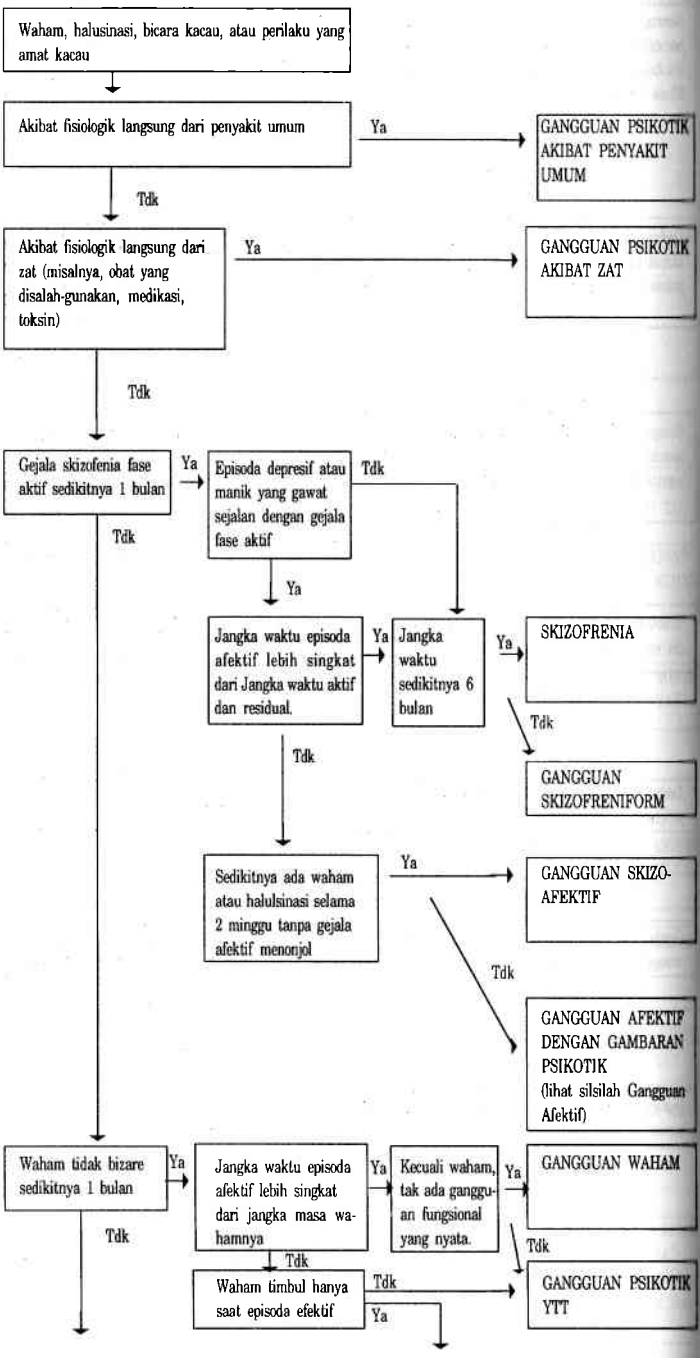

Waham Khyalan atau halusinasi menonjol
Ya
GANGGUAN PSIKOTIK KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Gangguan afektif menetap dan menonjol
Ya
GANGGUAN SUASANA PERASAAN KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Keadaan cemas, serangan panik, obsesif atau kompulsif menonjol
Ya
GANGGUAN CEMAS KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Disfungsi seksual yang bermakna secara klinis terutama karena penyakit umum
Ya
DISFUNGSI SEKSUAL KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Gangguan tidur cukup berat yang butuh perhatian klinis
Ya
GANGGUAN TIDUR KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Katatonia
Ya
GANGGUAN KATATONIK KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Perubahan pola kepribadian
Ya
PERUBAHAN KEPRIBADIAN KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Gejala yang secara klinis bermakna yang etiologik terkait dengan penyakit umum yang tidak memenuhi kriteria untuk gangguan jiwa spesifik karena penyakit umum
Ya
GANGGUAN JIWA YTT KARENA PENYAKIT UMUM
Tdk
Tidak menderita gangguan jiwa (gejala yang tidak bermakna)

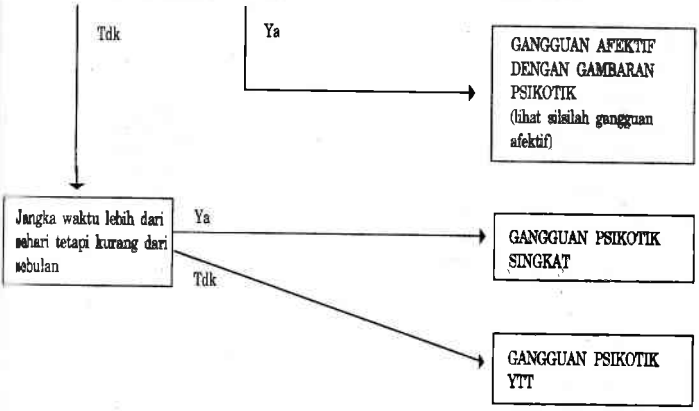
Diagnosis Banding Gangguan Akibat Zat (tidak termasuk ketergantungan dan penyalah-gunaan)


Gejala karena efek fisiologik langsung akibat zat (misalnya obat yang disalah-gunakan, medikasi, atau toksin)
Gangguan kesadaran dan perubahan kognitif berlebih seperti pada intoksikasi atau putus zat yang membutuhkan perhatian klinis secara khusus
Ya
Bukti bahwa gangguan itu mempunyai lebih dari satu sebab (misalnya, zat dan penyakit umum)
Tdk
Awal delirium saat putus zat
Ya
DELIRIUM AKIBAT PUTUS ZAT
Tdk
Ya
Tdk
DELIRIUM AKIBAT INTOKSIKASI ZAT
DELIRUM AKIBAT PENYEBAB MULTIPEL
Gangguan daya ingat menetap
Ya
Sedikitnya satu defisit kognitif tambahan
Ya
Bukti bahwa gangguan itu mempunyai sebab lebih dari satu (misalnya, zat dan penyakit umum)
Tdk
DEMENSIA MENETAP AKIBAT ZAT
Tdk
Tdk
Ya
DEMENSIA AKIBAT PENYEBAB MULTIPEL
GANGGUAN AMNESTIK MENETAP AKIBAT ZAT
Waham atau halunasi menonjol, yang berlebih dari biasa seperti pada intoksikasi atau putus zat, dan memerlukan perhatian klinis khusus.
Ya
GANGGUAN PSIKOTIK AKIBAT ZAT Sebutkan bila awalnya saat intoksikasi atau putus zat.
Tdk
Gangguan afektif menonjol, yang berlebih dari biasanya seperti pada intoksikasi atau putus zat dan membutuhkan perhatian klinis khusus.
Ya
GANGGUAN AFEKTIF AKIBAT ZAT sebutkan bila awalnya saat intoksikasi atau putus zat.
Tdk

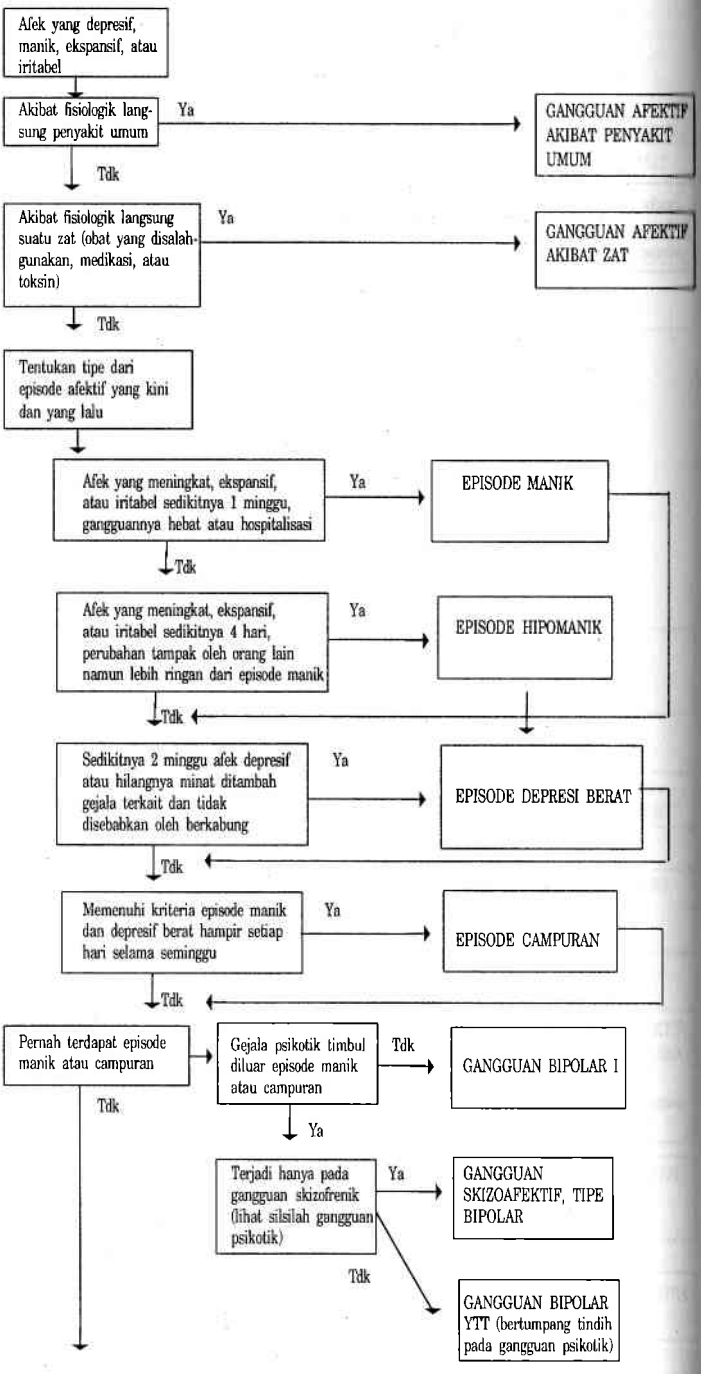

Serangan cemas atau panik atau obsesif kompulsif menonjol yang berlebih dari biasa seperti pada intoksikasi atau putus zat dan membutuhkan perhatian klinis khusus.
Ya
GANGGUAN CEMAS AKIBAT ZAT
Sebutkan bila awalnya saat intoksikasi atau putus zat.
Tdk
Disfungsi seksual yang klinis bermakna khususnya akibat zat dan berlebih seperti pada intoksikasi atau putus zat dan membutuhkan perhatian klinis khusus.
Ya
DISFUNGSI SEKSUAL AKIBAT ZAT
Sebutkan bila awalnya saat intoksikasi atau putus zat.
Tdk
Gangguan tidur yang cukup hebat sehingga membutuhkan perhatian klinis khusus dan berlebih seperti pada intoksikasi atau putus zat.
Ya
GANGGUAN TIDUR AKIBAT ZAT
Sebutkan bila awalnya saat intoksikasi atau putus zat.
Tdk
Timbulnya sindrom yang reversibel akibat penggunaan zat yang baru terjadi.
Ya
INTOKSIKASI ZAT
Tdk
Timbulnya sindrom akibat pengurangan atau penghentian penggunaan zat
Ya
PUTUS ZAT
Tdk
Gejala yang klinis bermkna akibat zat yang tidak memenuhi kriteria dari salah satu gangguan akibat zat
Ya
GANGGUAN YANG TERKAIT DENGAN ZAT YTT
Tdk
Bukan gangguan akibat zat (gejala akibat zat yang tak bermakna secara klinis)

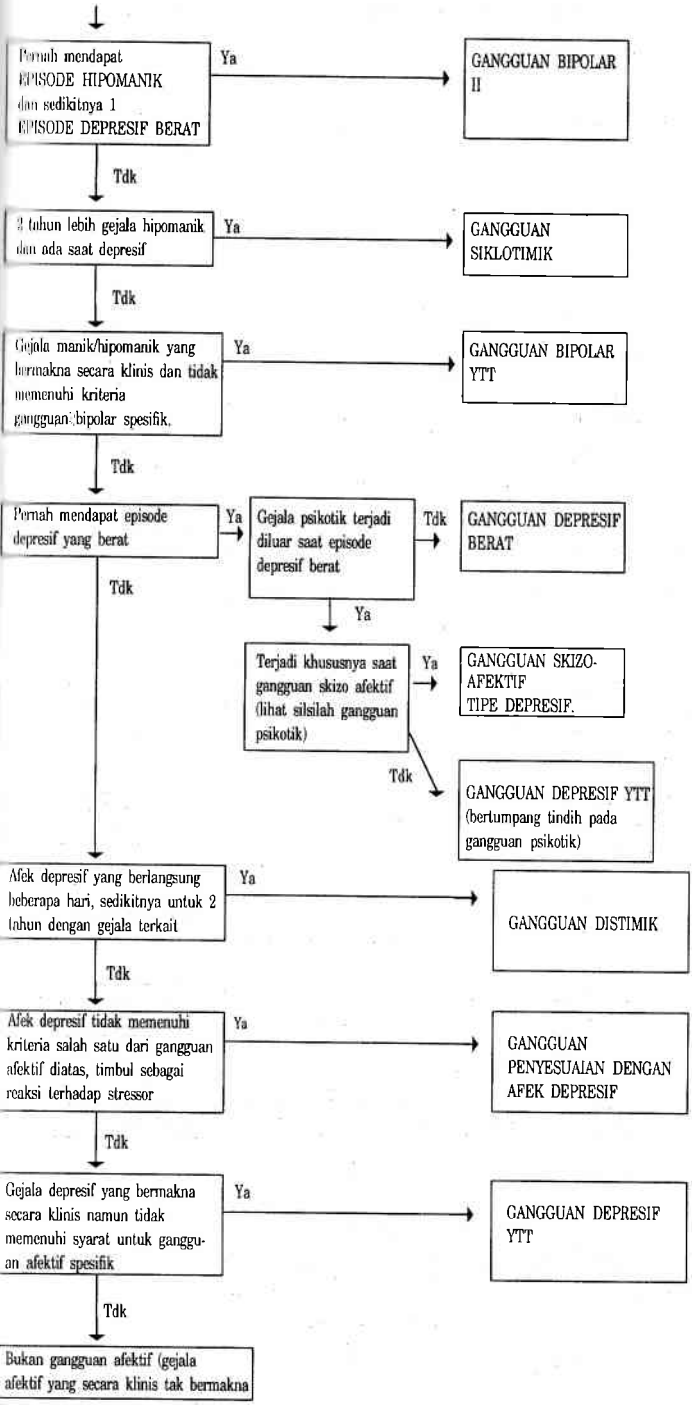
Diagnosis Banding Gangguan Psikotik



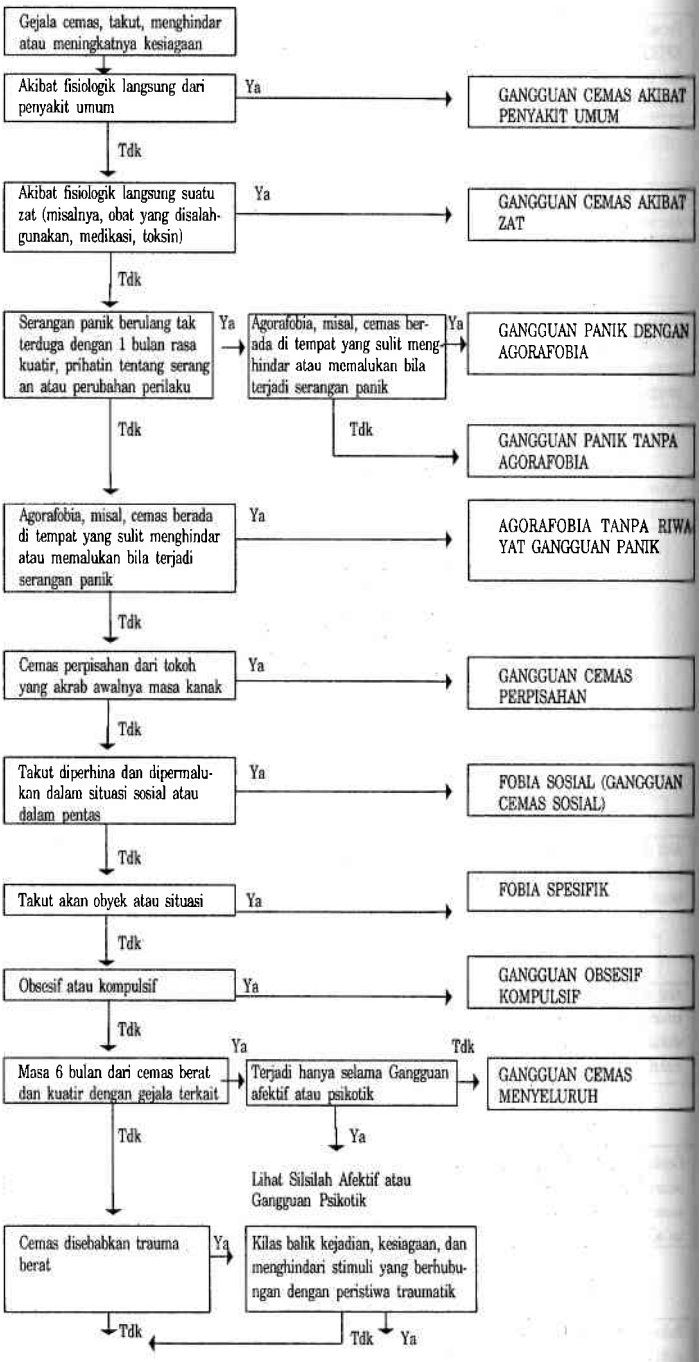

Tdk
Ya
GANGGUAN AFEKTIF DENGAN GAMBARAN PSIKOTIK
(lihat silsilah gangguan afektif)
Jangka waktu lebih dari sehari tetapi kurang dari sebulan
Ya
Tdk
GANGGUAN PSIKOTIK SINGKAT
GANGGUAN PSIKOTIK YTT

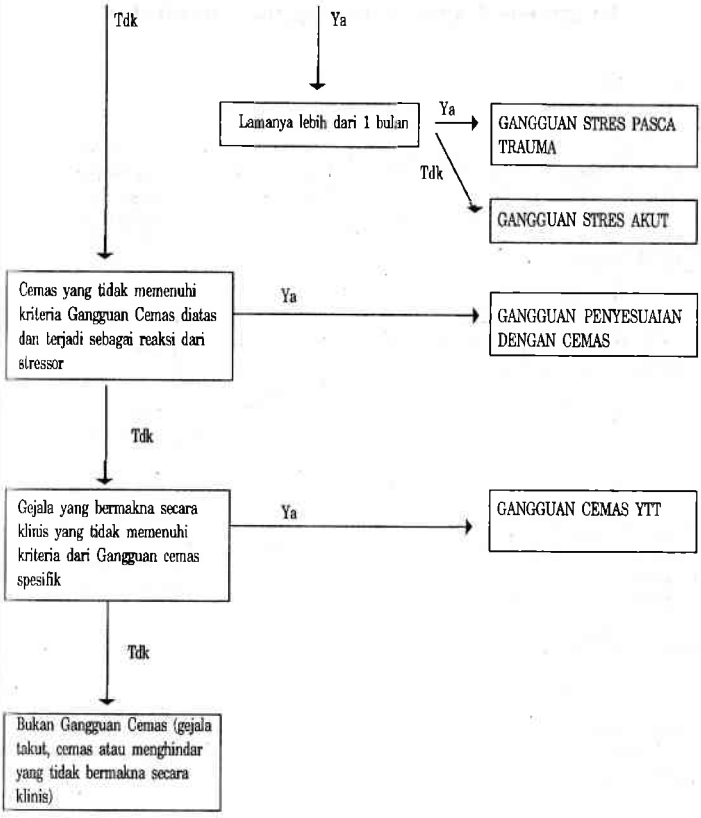
Diagnosis Banding Gangguan Afektif


Afek yang depresif, manik, ekspansif, atau iritabel
Akibat fisiologik langsung penyakit umum
Ya
GANGGUAN AFEKTIF AKIBAT PENYAKIT UMUM
Tdk
Akibat fisiologik langsung suatu zat (obat yang disalahgunakan, medikasi, atau toksin)
Ya
GANGGUAN AFEKTIF AKIBAT ZAT
Tdk
Tentukan tipe dari episode afektif yang kini dan yang lalu
Afek yang meningkat, ekspansif, atau iritabel sedikitnya 1 minggu, gangguannya hebat atau hospitalisasi
Ya
EPISODE MANIK
Tdk
Afek yang meningkat, ekspansif, atau iritabel sedikitnya 4 hari, perubahan tampak oleh orang lain namun lebih ringan dari episode manik
Ya
EPISODE HIPOMANIK
Tdk
Sedikitnya 2 minggu afek depresif atau hilangnya minat ditambah gejala terkait dan tidak disebabkan oleh berkabung
Ya
EPISODE DEPRESI BERAT
Tdk
Memenuhi kriteria episode manik dan depresif berat hampir setiap hari selama seminggu
Ya
EPISODE CAMPURAN
Tdk
Pernah terdapat episode manik atau campuran
Gejala psikotik timbul diluar episode manik atau campuran
Tdk
GANGGUAN BIPOLAR I
Tdk
Ya
Terjadi hanya pada gangguan skizofrenik (lihat silsilah gangguan psikotik)
Ya
GANGGUAN SKIZOAFEKTIF, TIPE BIPOLAR
Tdk
GANGGUAN BIPOLAR YTT (bertumpang tindih pada gangguan psikotik)

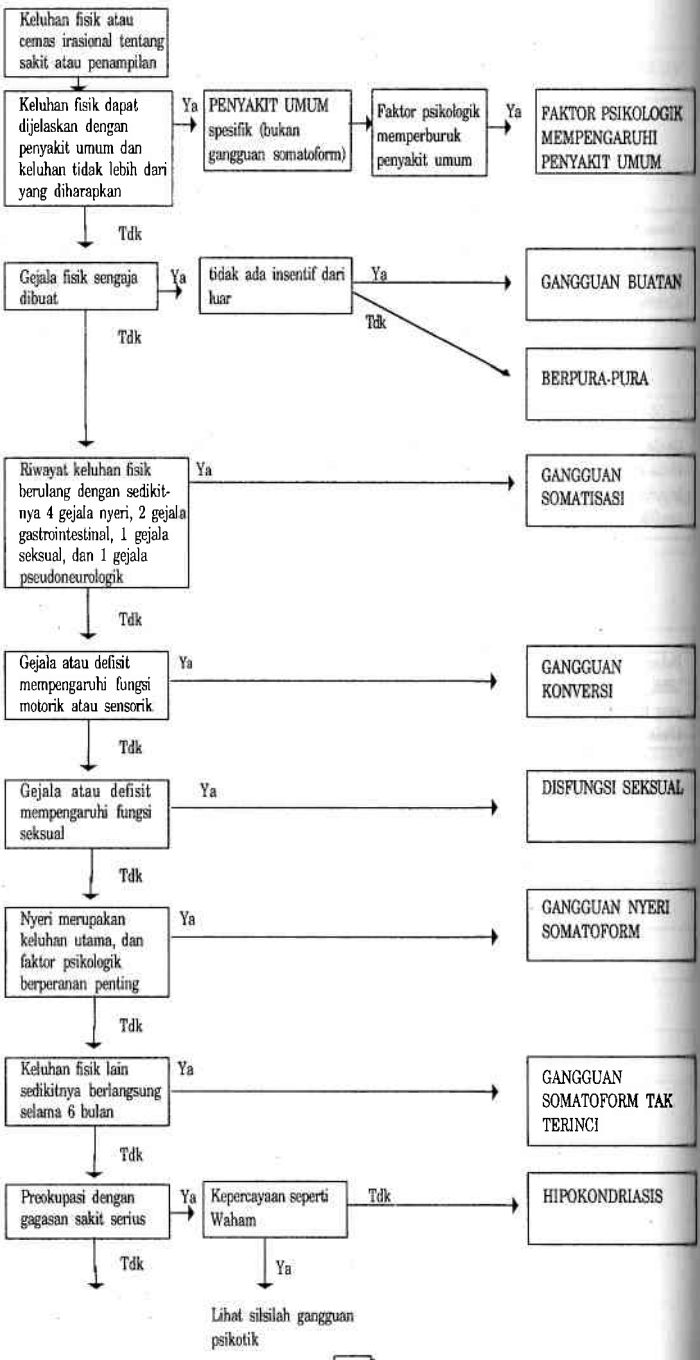

Pernah mendapat EPISODE HIPOMANIK dan sedikitnya 1 EPISODE DEPRESIF BERAT
Ya
GANGGUAN BIPOLAR II
Tdk
2 tahun lebih gejala hipomanik dan ada saat depresif
Ya
GANGGUAN SIKLOTIMIK
Tdk
Gejala manik/hipomanik yang bermakna secara klinis dan tidak memenuhi kriteria gangguan bipolar spesifik.
Ya
GANGGUAN BIPOLAR YTT
Tdk
Pernah mendapat episode depresif yang berat
Ya
Gejala psikotik terjadi diluar saat episode depresif berat
Tdk
GANGGUAN DEPRESIF BERAT
Ya
Tdk
Terjadi khususnya saat gangguan skizo afektif (lihat silsilah gangguan psikotik)
Ya
GANGGUAN SKIZO-AFEKTIF TIPE DEPRESIF.
Tdk
GANGGUAN DEPRESIF YTT (bertumpang tindih pada gangguan psikotik)
Afek depresif yang berlangsung beberapa hari, sedikitnya untuk 2 tahun dengan gejala terkait
Ya
GANGGUAN DISTIMIK
Tdk
Afek depresif tidak memenuhi kriteria salah satu dari gangguan afektif diatas, timbul sebagai reaksi terhadap stressor
Ya
GANGGUAN PENYESUAIAN DENGAN AFEK DEPRESIF
Tdk
Gejala depresif yang bermakna secara klinis namun tidak memenuhi syarat untuk gangguan afektif spesifik
Ya
GANGGUAN DEPRESIF YTT
Tdk
Bukan gangguan afektif (gejala afektif yang secara klinis tak bermakna

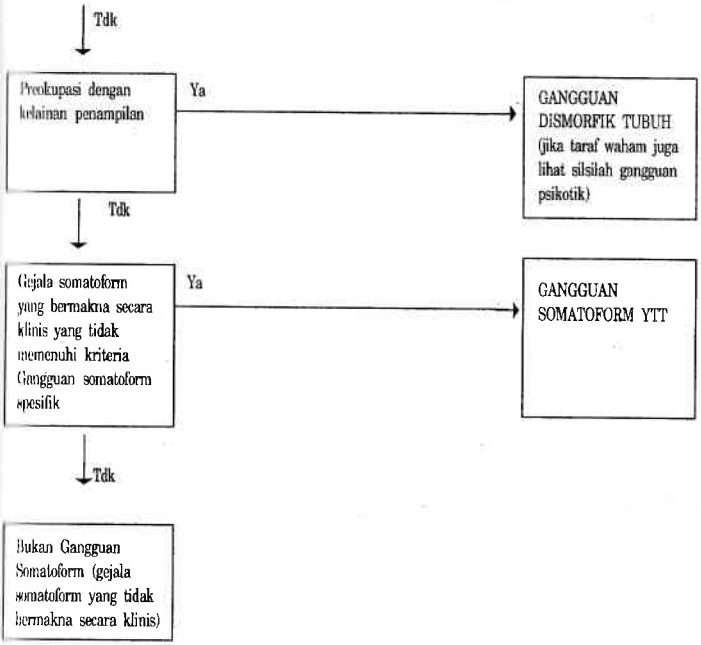
Dignosis Banding Gangguan Cemas


Gejala cemas, takut, menghindar atau meningkatnya kesiagaan
Akibat fisiologik langsung dari penyakit umum
Ya
GANGGUAN CEMAS AKIBAT PENYAKIT UMUM
Tdk
Akibat fisiologik langsung suatu zat (misalnya, obat yang disalah-gunakan, medikasi, toksin)
Ya
GANGGUAN CEMAS AKIBAT ZAT
Tdk
Serangan panik berulang tak terduga dengan 1 bulan rasa kuatir, prihatin tentang serang an atau perubahan perilaku
Ya
Agorafobia, misal, cemas berada di tempat yang sulit menghindar atau memalukan bila terjadi serangan panik
Ya
GANGGUAN PANIK DENGAN AGORAFOBIA
Tdk
Tdk
GANGGUAN PANIK TANPA AGORAFOBIA
Agorafobia, misal, cemas berada di tempat yang sulit menghindar atau memalukan bila terjadi serangan panik
Ya
AGORAFOBIA TANPA RIWA YAT GANGGUAN PANIK
Tdk
Cemas perpisahan dari tokoh yang akrab awalnya masa kanak
Ya
GANGGUAN CEMAS PERPISAHAN
Tdk
Takut diperhina dan dipermalu-kan dalam situasi sosial atau dalam pentas
Ya
FOBIA SOSIAL (GANGGUAN CEMAS SOSIAL)
Tdk
Takut akan obyek atau situasi
Ya
FOBIA SPESIFIK
Tdk
Obsesif atau kompulsif
Ya
GANGGUAN OBSESIF KOMPULSIF
Tdk
Ya
Tdk
Masa 6 bulan dari cemas berat dan kuatir dengan gejala terkait
Terjadi hanya selama Gangguan afektif atau psikotik
GANGGUAN CEMAS MENYELURUH
Tdk
Ya
Lihat Silsilah Afektif atau Gangguan Psikotik
Cemas disebabkan trauma berat
Ya
Kilas balik kejadian, kesiagaan, dan menghindari stimuli yang berhubu-ngan dengan peristiwa traumatik
Tdk
Tdk
Ya


Tdk
Ya
Lamanya lebih dari 1 bulan
Ya
GANGGUAN STRES PASCA TRAUMA
Tdk
GANGGUAN STRES AKUT
Cemas yang tidak memenuhi kriteria Gangguan Cemas diatas dan terjadi sebagai reaksi dari stressor
Ya
GANGGUAN PENYESUAIAN DENGAN CEMAS
Tdk
Gejala yang bermakna secara klinis yang tidak memenuhi kriteria dari Gangguan cemas spesifik
Ya
GANGGUAN CEMAS YTT
Tdk
Bukan Gangguan Cemas (gejala takut, cemas atau menghindar yang tidak bermakna secara klinis)

Diagnosis Banding Gangguan Somatoform




Tdk
Preokupasi dengan kelainan penampilan
Ya
GANGGUAN DISMORFIK TUBUH (jika taraf waham juga lihat silsilah gangguan psikotik)
Tdk
Gejala somatoform yang bermakna secara klinis yang tidak memenuhi kriteria Gangguan somatoform spesifik
Ya
GANGGUAN SOMATOFORM YTT
Tdk
Bukan Gangguan Somatoform (gejala somatoform yang tidak bermakna secara klinis)